



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202144613, 6 September 2021

Pencipta

Nama : **Dr. Marniati, S.E., M.Kes**
Alamat : Jln. Perdamaian No. 60 Desa Lampaseh Kota Kec. Kuta Raja, Banda Aceh, DI ACEH, 23231
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Dr. Marniati, S.E., M.Kes**
Alamat : Jln. Perdamaian No. 60 Desa Lampaseh Kota Kec. Kuta Raja, Banda Aceh, DI ACEH, 23231
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat**
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : 1 April 2021, di Banda Aceh
di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia
Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.
Nomor pencatatan : 000269997

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Catatan untuk penulis

Halaman ditanyakan: 139, 144

DUNNY

DUNNMY

PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Prof. Adjunct. Dr. Marniati, M.Kes.

DUNIA



RAJAWALI PERS
Divisi Buku Perguruan Tinggi
PT RajaGrafindo Persada
DEPOK

Perpustakaan Nasional: Katalog dalam terbitan (KDT)

Marniati.

Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat/Marniati.
—Ed. 1, Cet. 1.—Depok: Rajawali Pers, 2021.
xii, 154 hlm., 23 cm.
Bibliografi: hlm. 147
ISBN -

Hak cipta 2021, pada penulis

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apa pun,
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit

2021.- RAJ

Prof. Adjunct. Dr. Marniati, M.Kes.

PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Cetakan ke-1, April 2021

Hak penerbitan pada PT RajaGrafindo Persada, Depok

Editor : Shara Nurachma
Setter : Feni Erfiana
Desain cover : Tim Kreatif RGP

Dicetak di Rajawali Printing

PT RAJAGRAFINDO PERSADA

Anggota IKAPI

Kantor Pusat:

Jl. Raya Leuwinanggung, No.112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Kota Depok 16956

Telepon : (021) 84311162

E-mail : rajapers@rajagrafindo.co.id [http:// www.rajagrafindo.co.id](http://www.rajagrafindo.co.id)

Perwakilan:

Jakarta-16956 Jl. Raya Leuwinanggung No. 112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Depok, Telp. (021) 84311162.

Bandung-40243, Jl. H. Kurdi Timur No. 8 Komplek Kurdi, Telp. 022-5206202. **Yogyakarta**-Perum. Pondok Soragan

Indah Blok A1, Jl. Soragan, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Telp. 0274-625093. **Surabaya**-60118, Jl. Rungkut Harapan

Blok A No. 09, Telp. 031-8700819. **Palembang**-30137, Jl. Macan Kumbang III No. 10/4459 RT 78 Kel. Demang Lebar

Daun, Telp. 0711-445062. **Pekanbaru**-28294, Perum De' Diandra Land Blok C 1 No. 1, Jl. Kartama Marpoyan Damai,

Telp. 0761-65807. **Medan**-20144, Jl. Eka Rasmi Gg. Eka Rossa No. 3A Blok A Komplek Johor Residence Kec. Medan

Johor, Telp. 061-7871546. **Makassar**-90221, Jl. Sultan Alauddin Komp. Bumi Permata Hijau Bumi 14 Blok A14 No.

3, Telp. 0411-861618. **Banjarmasin**-70114, Jl. Bali No. 31 Rt 05, Telp. 0511-3352060. **Bali**, Jl. Imam Bonjol Gg 100/V

No. 2, Denpasar Telp. (0361) 8607995. **Bandar Lampung**-35115, Perum. Bilabong Jaya Block B8 No. 3 Susunan Baru,

Langkapura, Hp. 081299047094.



PENGANTAR PENULIS

Dengan mengucapkan puji dan syukur dihaturkan ke hadirat Allah Swt., yang telah memberikan hidayah-Nya kepada penulis dalam menyusun buku berjudul *“Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat”*. Buku ini membahas tentang pendekatan pemberdayaan kesehatan masyarakat berdasarkan; studi kasus, konsep, dan aplikasi, sehingga dengan melalui pemberdayaan kesehatan tersebut masyarakat tereduksi untuk pengetahuan hidup sehat.

Masyarakat dalam suatu wilayah yang jumlahnya begitu banyak, dengan tingkat pemahaman kesehatan yang berbeda-beda pula menjadikan program pemberdayaan kesehatan masyarakat itu menjadi sangat utama dalam berbagai kebijakan atau program pemerintah maupun lembaga lain yang bergerak di bidang kesehatan. Pemberdayaan ini, lebih mengarah pada memberi pendidikan melalui berbagai program kesehatan bersifat preventif atau pencegahan bagaimana melalui pemberdayaan tersebut oleh masyarakat berpartisipasi mendukung dalam berbagai perilaku hidup sehat tersebut. Hidup sehat sebagai hajat hidup orang banyak, dengan demikian *stakeholder* kesehatan terutama pemerintah dan lembaga kesehatan lain, berkewajiban dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Buku ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan atau referensi *stakeholder* kesehatan, terutama mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, program studi sarjana, magister, dan doktor, praktisi dan tenaga medis kesehatan, dan para aktor kebijakan kesehatan. Penulis menyadari bahwa buku ini masih terdapat

kelemahan berupa kesalahan dan memungkinkan adanya pendapat ahli yang bersumber dari buku, jurnal, media online, dan disertasi yang terlewatkan atau tidak tertulis dalam referensi buku ini, oleh karena itu penulis memohon maaf sebesar-besarnya dan dengan doa pula penulis panjatkan semoga konsep dan gagasan para ahli yang menjadi referensi buku ini dapat diangkat oleh Allah Swt. sebagai amal ibadah saudara-saudaraku semua.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada suami tercinta saya Dedi Zefrizal, S.T., keempat anak saya (putra dan putri saya) tercinta; Devin Caisario Zefrizal, Fatimah Eysel Zefrizal, Aisyah Doroteia, dan Omar Al Bukhari Zefrizal yang senantiasa menjadi penyemangat, sumber inspirasi, dan memberikan doa serta dukungan. Kepada keluarga besar M. Yunus Sa'at dan keluarga besar Universitas Ubudiyah Indonesia atas doa, nasihat, dan semangat yang diberikan selama ini.

Dengan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada penerbit yang telah berkenan menerbitkan buku ini; kiranya buku ini menjadi bagian dari mencerdaskan kehidupan bangsa melalui sistem pendidikan nasional, semoga kiranya bermanfaat. Aamiin.

Jakarta, November 2020

Prof. Adjunct. Dr. Marniati, M.Kes



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB 1 KONSEP DASAR PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Pemberdayaan Kesehatan	2
C. Pentingnya Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	8
D. Ruang Lingkup Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	10
E. Prinsip Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	14
BAB 2 KARAKTERISTIK PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A. Pendahuluan	17
B. Karakteristik Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	18
C. Metode Partisipasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	23
D. Indikator Keberhasilan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	27
E. Nilai Partisipasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	29

BAB 3	PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A.	Pendahuluan	31
B.	Pengertian Masyarakat	32
C.	Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan	34
D.	Filosofi Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan	37
E.	Elemen Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan	43
BAB 4	PEMBERDAYAAN KESEHATAN KEMITRAAN	
A.	Pendahuluan	49
B.	Pengertian Kemitraan	50
C.	Persyaratan dalam Kemitraan	53
D.	Landasan dan Prinsip Pemberdayaan Melalui Kemitraan	55
BAB 5	ADVOKASI PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A.	Pendahuluan	61
B.	Pengertian Advokasi	61
C.	Prinsip Advokasi Pemberdayaan Kesehatan	62
D.	Studi Dasar Advokasi Kesehatan	67
E.	Keberhasilan Advokasi dalam Pemberdayaan Kesehatan	69
BAB 6	KOMUNIKASI PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A.	Pendahuluan	73
B.	Pengertian Komunikasi	74
C.	Komunikasi dalam Kesehatan	77
D.	Proses Komunikasi dalam Kesehatan	78
BAB 7	PERILAKU KESEHATAN MASYARAKAT	
A.	Pendahuluan	87
B.	Pengertian Perilaku	88
C.	Perilaku dalam Kesehatan	90
D.	Aspek Memengaruhi Perilaku Kesehatan	94

BAB 8	PEMBERDAYAAN KESEHATAN DI LEMBAGA PENDIDIKAN	
A.	Pendahuluan	103
B.	Pengertian Lembaga Pendidikan	104
C.	Lembaga Pendidikan Umum dan Kesehatan	107
D.	Usaha Kesehatan Sekolah	112
E.	Kurikulum Kesehatan di Sekolah	121
BAB 9	KELANJUTAN PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
A.	Pendahuluan	125
B.	Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Berkelanjutan	127
C.	Pentingnya Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan	129
D.	Program Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan	133
E.	Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan	136
	GLOSARIUM	139
	DAFTAR PUSTAKA	147
	INDEKS	149
	BIODATA PENULIS	151

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Lajur Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	2
Gambar 3.1 Kontribusi dan Partisipasi	35
Gambar 9.1 Konsep Dasar Program Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan	128

DUNIA

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

BAB 1

KONSEP DASAR PEMBERDAYAAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pemberdayaan kesehatan masyarakat dilatarbelakangi berbagai perilaku hidup sehat masyarakat. Perilaku hidup sehat tersebut, selalu dipengaruhi oleh banyak faktor, di antaranya pendidikan, kehidupan sosial, ekonomi, dan budaya atau tradisi setempat. Berbagai bentuk yang memengaruhi kesadaran hidup sehat masyarakat, tidaklah mudah mengatasinya, dan juga berbagai program kesehatan yang dilakukan tidaklah mudah mengimplementasikannya.

Visi kesehatan harus sejalan dengan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Ketercapaian visi tentunya didukung oleh berbagai sistem dan elemen terutama tenaga kesehatan itu sendiri. Keterlibatan penuh pihak tenaga kesehatan harus didukung penuh oleh masyarakat atas dasar itu pemberdayaan kesehatan akan bersinergi dan saling terjadi saling mendukung satu sama lainnya.

Berbagai hal yang memengaruhi hidup sehat di atas haruslah dilakukan pemetaan; berupa strategi-strategi dan alternatif terbaik dalam mengatasinya. Pemberdayaan kesehatan masyarakat juga harus mengikuti tradisi atau budaya dalam hal ini sering disebut kearifan lokal masyarakat setempat. Ada wilayah atau daerah pendekatan medis dalam pengobatan terkadang tidak diterima, atau dengan kata lain daerah pengobatan dilakukan melalui perilaku tradisional. Atas dasar itu, maka pemberdayaan kesehatan masyarakat dilakukan melalui berbagai pendekatan, sehingga tingkat keberhasilan pemberdayaan kesehatan mempunyai tingkat yang tinggi dalam mengubah sikap atau perilaku hidup sehat masyarakat.

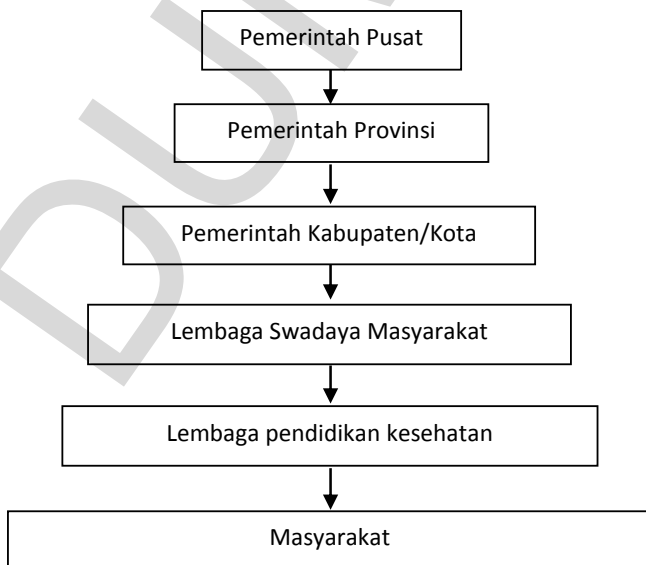
Selain pendekatan di atas pemberdayaan kesehatan masyarakat didukung oleh kemampuan anggaran, sarana dan prasarana kesehatan, SDM kesehatan, dan dukungan masyarakat. Dengan dukungan di atas tentunya pemberdayaan-pemberdayaan kesehatan masyarakat lebih efektif dilakukan.

B. Pengertian Pemberdayaan Kesehatan

Secara sederhana pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya memberikan bantuan layanan kesehatan yang tidak hanya berupa sarana kesehatan berbentuk fisik. Pemberdayaan lebih mengarah pada bentuk edukasi atau pendidikan penyuluhan akan hidup sehat kepada masyarakat. Pemberdayaan kesehatan berawal dari sosialisasi-sosialisasi dari berbagai program kesehatan.

Pihak yang bertanggung jawab dalam melakukan sosialisasi itu pada prinsip utamanya adalah pemerintah melalui lembaga-lembaga kesehatan, lembaga pendidikan bidang kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, dan masyarakat itu sendiri juga mempunyai tanggung jawab besar baik dalam bersosialisasi maupun dalam melaksanakan program kesehatan itu sendiri.

Lajur gambaran pemberdayaan kesehatan masyarakat tersebut dapat saja diilustrasikan seperti gambar 1 berikut:



Gambar 1.1 Lajur Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Dari gambar 1.1 tersebut dapat diuraikan beberapa tanggung jawab dan kebijakannya dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat.

1. Pemerintah Pusat

Pemerintah pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan sebagai pembuat regulasi kesehatan dan pemberdayaan kesehatan masyarakat mempunyai visi dan misi tersendiri dalam membangun kesehatan masyarakat Indonesia. Selain pembuat regulasi kesehatan, Pemerintah Pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan, juga sebagai pihak yang bertanggung jawab dalam setiap anggaran pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Regulasi kesehatan bersifat menyeluruh baik secara umum atau khusus yang berkaitan dengan semua kebijakan kesehatan mulai dari pusat sampai ke pelosok nusantara Indonesia. Demikian anggaran kesehatan dialokasikan untuk seluruh wilayah Indonesia. Namun dalam implementasinya selain sebagai pembuat regulator dan penyedia dana atau anggaran, Kementerian Kesehatan berperan sebagai supervisi atau pengawas sejauh mana implementasi dari setiap pemberdayaan kesehatan itu berhasil dilakukan secara nasional.

2. Pemerintah Provinsi

Pemerintah provinsi dalam hal ini yaitu Gubernur melalui dinas kesehatan mempunyai tanggung jawab penuh dalam melaksanakan regulasi kesehatan dari Kementerian Kesehatan, termasuk dalam hal penggunaan anggaran. Pemberdayaan kesehatan masyarakat melalui pemerintah provinsi atau dinas kesehatannya melakukan koordinasi dengan pemerintah pusat termasuk dengan pemerintah kabupaten atau kota yang di bawahnya.

Oleh pemerintah provinsi berada pada posisi penengah antara pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten dalam melaksanakan regulasi kesehatan dan anggarannya. Pemerintah provinsi juga selain melaksanakan dari kebijakan pemberdayaan kesehatan Kementerian Kesehatan juga ia bisa membuat regulasi kesehatan tersendiri, untuk memaksimalkan pemberdayaan kesehatan masyarakat, manakala regulasi pemerintah pusat tidak menyangkut permasalahan teknis maka

dengan regulasi pemerintah daerah akan kesehatan membantu proses percepatan pelayanan dan pemberdayaan kesehatan. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan.

Dalam melakukan program termasuk implementasi kesehatan haruslah dilakukan dengan sebaik mungkin. Pemberdayaan kesehatan dilatarbelakangi perilaku masyarakat akan kesehatan yang beragam, ada masyarakat yang peduli kesehatan, dengan suatu kesadaran akan hidup sehat secara pribadi, kelompok, dan sebagainya. Kesadaran akan hidup sehat harus menjadi perhatian utama dengan tidak mengabaikan akan hal tersebut.

3. Pemerintah Kabupaten/Kota

Dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat oleh pemerintah kabupaten/kota mempunyai peranan yang sangat penting; langsung bersentuhan dengan masyarakat atau wilayah yang akan diberdayakan. Pemerintah kabupaten/kota selain melaksanakan regulasi kesehatan dari kementerian pusat juga ia dapat membuat pendekatan tersendiri dalam pembuatan kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan yang dibuat pemerintah kabupaten/kota tidak bertentangan dengan berbagai kebijakan di atasnya baik itu pemerintah provinsi atau pusat.

Berbagai kebijakan yang semestinya dibangun oleh pemerintah kabupaten/kota adalah peraturan teknis lapangan dalam pemberdayaan kesehatan, manakala berbagai regulasi di atasnya hanya berbentuk umum maka akan dijabarkan secara khusus oleh pemerintah daerah kabupaten/kota. Semua ini dilakukan memaksimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Namun dalam implementasinya haruslah proporsional dan seimbang dengan akses yang mudah dan transparansi.

4. Lembaga Swadaya Masyarakat

Lembaga swadaya masyarakat merupakan perkumpulan suatu kelompok masyarakat baik yang berbadan hukum formal maupun nonformal tidak berbadan hukum kedua perkumpulan ini merasa memiliki tanggung jawab untuk membantu program pemerintah dalam bidang kesehatan. LSM memiliki kepedulian yang tinggi dalam membantu pemerintah dalam berbagai sistem kesehatan nasional, mulai dari pencegahan penyakit, pelatihan, lokarya, dan sejenisnya.

Di Indonesia lembaga swadaya masyarakat ini berjumlah sangat banyak bisa ratusan dan ribuan lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang sosial khususnya kesehatan. Bahkan ada lembaga perkumpulan masyarakat ini, mendirikan rumah sakit atau klinik untuk melayani kesehatan masyarakat. Di dalam lembaga kesehatan itu terdapat berbagai anjuran kesehatan yang disosialisasikan lembaga swadaya masyarakat ini. Tujuan LSM ini adalah bagaimana berbagai program pemerintah terkait kesehatan dapat tercapai dengan baik, sehingga peran lembaga-lembaga swadaya masyarakat ini sangat besar dalam membantu program pemerintah terkait kesehatan.

5. Lembaga Pendidikan Kesehatan

Lembaga pendidikan kesehatan adalah berupa sekolah-sekolah atau perguruan tinggi, akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, dan/atau universitas yang membuka jurusan atau program studi kesehatan. Di lembaga pendidikan kesehatan ini berbagai kurikulum diajarkan tentang manajemen kesehatan atau hidup sehat.

Peran lembaga pendidikan bidang kesehatan merupakan strategi yang paling tepat untuk mencerdaskan kehidupan bangsa melalui sosialisasi berbagai kebijakan-kebijakan kesehatan. Adapun hasil dari lembaga pendidikan kesehatan ini adalah menghasilkan tenaga-tenaga ahli kesehatan yang mampu memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Terhadap lembaga pendidikan kesehatan ini diharapkan akan mampu menyesuaikan kurikulumnya sesuai dengan kebutuhan kesehatan di masyarakat.

6. Masyarakat

Suatu masyarakat merupakan penduduk yang terdiri dari jumlah banyak yang mendiami suatu wilayah dengan berbagai suku atau adat istiadatnya. Dalam masyarakat yang beragam kesehatan memegang peranan yang sangat penting, sebab pengaruh sosial sangat besar akan suatu kesehatan dari satu orang terhadap orang banyak.

Dalam skala masyarakat atau jumlah penduduk yang besar itu, pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan sangat berbeda-beda, ada yang mempunyai kesadaran akan pentingnya hidup sehat, ada juga

yang mempunyai pengetahuan kurang terhadap kesehatan. Dengan banyaknya perbedaan pengetahuan terhadap kesehatan, masyarakat harus aktif dalam mengikuti berbagai sosialisasi kesehatan.

Di masyarakat selalu terdapat perbedaan tingkat pendidikan, pendapatan, golongan kasta sosial, dan sebagainya, sehingga dalam perbedaan itulah tenaga kesehatan atau masyarakat sendiri menyadari akan pentingnya hidup sehat. Seseorang yang berpendidikan tinggi idealnya mampu memberikan edukasi kesehatan terhadap masyarakat di mana ia berada, sehingga peran anggota masyarakat terhadap setiap masyarakatnya keberadaannya sangat dirasakan manfaatnya beserta kontribusinya dalam kesehatan.

Namun, yang terlihat adalah rendahnya perilaku kesadaran hidup sehat masyarakat membuat berbagai permasalahan secara umum bagi masyarakat itu sendiri. Dan ini memengaruhi tatanan kehidupan masyarakat pula. Suatu penyakit yang diderita masyarakat bisa saja sifatnya menular terhadap orang lain. Pencegahan-pencegahan terhadap penyakit tersebut tentunya bisa dilakukan dengan memberi pengertian melalui berbagai pendekatan atau disebut pemberdayaan kesehatan.

Pada prinsipnya semua orang ingin hidup sehat, tidak seorang pun yang menginginkan ia sakit. Sebab berbagai aktivitas hanya dapat dilaksanakan apabila seseorang itu sehat. Jadi, sehat merupakan suatu dambaan utama bagi setiap orang. Secara komprehensif/keseluruhan seseorang berharap sehat itu tidak hanya raga atau badan akan tetapi jiwa atau sering disebut sehat jiwa “Raga” sehatnya raga, tanpa sehat rohaninya maka juga disebut sakit. Berapa besar akan biaya kesehatan yaitu dengan melakukan proses mencari akan hidup sehat terhadap penyakit, melalui berbagai pengobatan medis maupun tradisional.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tertulis di pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Untuk itu, upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus-menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Nurbeti, M. 2009).

Hubley (2002) mengatakan, bahwa pemberdayaan kesehatan (*health empowerment*), melek (sadar) kesehatan (*health literacy*), dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (*self-efficacy*) dari teori belajar sosial.

Pengertian pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Memampukan masyarakat, “dari, oleh, dan untuk” masyarakat itu sendiri (Nurbeti, M. 2009).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan. Masyarakat atau komunitas merupakan salah satu dari strategi global promosi kesehatan pemberdayaan (*empowerment*) sehingga pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat sebagai *primary target* memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Berdasarkan hal tersebut maka penulis ingin mengetahui tentang manajemen pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Pemberdayaan masyarakat terhadap usaha kesehatan agar menjadi sehat sudah sesuai dengan Undang-Undang RI, Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya masyarakat. Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran serta aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan (Nurbeti, M. 2009).

Pemberdayaan kesehatan berhubungan langsung dengan hajat hidup orang banyak bahkan juga kesehatan memengaruhi semua

masyarakat sebagai contoh satu jenis penyakit menular yang diderita oleh seseorang akan menularkan kepada orang banyak dan bahkan mengakibatkan kematian, katakanlah seperti Covid-19 atau HIV dan sebagainya. Pemberdayaan kesehatan bagian dari upaya membuat masyarakat lebih memiliki pengetahuan yang lebih luas bahwa ia akan paham kesehatan jauh lebih penting, bila dibandingkan dengan hal lainnya. Pemberdayaan-pemberdayaan kesehatan ini akan memberi suatu kesadaran yang tinggi berdasarkan suatu pengetahuan yang didapatkan melalui pemberdayaan kesehatan tersebut.

Dalam rangka pencapaian kemandirian kesehatan tersebut, pemberdayaan masyarakat merupakan unsur penting yang tidak bisa diabaikan. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan. Masyarakat merupakan salah satu dari strategi global promosi kesehatan pemberdayaan (*empowerment*) sehingga pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilakukan agar masyarakat sebagai *primary target* memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

C. Pentingnya Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Di atas telah ditegaskan bahwa kesehatan merupakan kunci atas sesuatu dalam hidup ini. Tanpa sehat tidak seorang pun manusia dapat melakukan sesuatu dalam kehidupannya. Kesehatan adalah hak setiap orang, oleh karena itu kesehatan masyarakat merupakan aset yang harus dijaga, dilindungi, dan ditingkatkan. Semua orang; baik secara individu maupun kelompok dan masyarakat di mana saja dan kapan saja mempunyai hak untuk hidup sehat dan memperoleh perlindungan kesehatan.

Namun di balik harapan itu, tingkat kesadaran masyarakat yang rendah akan hidup sehat akan selalu membuat tujuan-tujuan program kesehatan mengalami kendala yang tidak berarti. Dari studi kasus ini pentingnya pemberdayaan kesehatan tersebut. Suatu pemberdayaan kesehatan masyarakat penting dilakukan karena merupakan kewajiban dari pemerintah, namun masyarakat harus memiliki tingkat peran serta yang tinggi untuk mendukung program pemberdayaan kesehatan tersebut. Suatu kesadaran yang diharapkan adalah keberhasilan dari

pemberdayaan kesehatan bukanlah semata-mata untuk pemerintah jika telah tercapai perilaku hidup sehat ini. Berhasilnya membangun suatu peradaban hidup sehat akan tercipta masyarakat yang cerdas akan mampu melihat serta mempunyai rasa sebagai bagian dari aktor yang memberdayakan.

Secara sederhana dapat ditegaskan salah satu tujuan pentingnya pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah selain untuk menekan angka jumlah kematian, juga untuk membangun tatanan hidup sehat bagi masyarakat dan ini merupakan program-program pemerintah yang diwujudkan melalui berbagai program kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dalam hal promosi kesehatan. Salah satu strategi global promosi kesehatan pemberdayaan atau *empowerment* dengan sasaran masyarakat atau komunitas. Masyarakat sebagai sasaran primer (*primer target*) promosi kesehatan harus diberdayakan agar mereka mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Kemandirian masyarakat di bidang kesehatan sebagai hasil pemberdayaan sesungguhnya merupakan perwujudan dari tanggung jawab mereka agar hak-hak kesehatan mereka terpenuhi. Hak-hak kesehatan setiap anggota masyarakat ialah hak untuk dilindungi dan dipeliharanya kesehatan mereka sendiri oleh mereka sendiri, tanpa tergantung kepada pihak lain, baik pemerintah maupun organisasi masyarakat yang lain. Peran pemerintah atau pihak di luar mereka (masyarakat) memelihara; melindungi kesehatan masyarakat hanyalah sebagai fasilitator, motivator, atau stimulator.

Dari paparan di atas beberapa alasan pentingnya pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah sebagai:

1. Hidup sehat merupakan hak setiap orang sebagai hajat hidup orang banyak. Warga negara kesehatannya dijamin oleh negara, termasuk pemberian layanan kesehatan gratis.
2. Masyarakat memiliki perbedaan pengetahuan yang berbeda-beda terkait dengan kesehatan. Banyak masyarakat yang tidak peduli dan tidak mengerti akan kesehatan, dengan hidup begitu saja tanpa memperhatikan pentingnya hidup sehat.

3. Layanan kesehatan fungsinya tidak semua dipahami dengan baik oleh setiap masyarakat, termasuk dalam penggunaan pemakaian obat-obatan.
4. Kesehatan akan menentukan segala-galanya, sehingga masyarakat tidak mengabaikan akan pentingnya hidup sehat.
5. Suatu wabah penyakit menular mata rantainya harus diputus sejak dini, sehingga tidak menular kepada setiap orang atau orang lain.
6. Istilah mencegah lebih mudah daripada mengobati menjadi dasar penting dalam kehidupan masyarakat secara umum.

Berbagai faktor di atas menjadi dasar pentingnya dilakukan pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat. Dapat diketahui bahwa masyarakat sifatnya banyak sehingga berbagai perbedaan yang ada terkait kesehatan perlu persepsinya disamakan sehingga saling dapat mendukung pentingnya hidup sehat. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam kesehatan maka menjadi dasar paling utama akan pentingnya pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat.

Dengan demikian, dapat ditegaskan bahwa sosialisasi tersebut adalah upaya untuk mencegah suatu penyakit agar tidak terjadi kepada masyarakat, sehingga istilah mencegah lebih mudah daripada mengobati menjadi dasar pentingnya pemberdayaan masyarakat akan kesehatan. Pendekatan ini akan jauh lebih baik dan mudah apabila dibandingkan dengan pengobatan. Antisipasi untuk tidak terjadinya suatu penyakit merupakan dasar pemikiran konsep untuk dilakukan pemberdayaan kesehatan.

D. Ruang Lingkup Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Sebelum membahas ruang lingkup pemberdayaan kesehatan masyarakat timbul suatu pernyataan apakah pemberdayaan kesehatan masyarakat itu dilakukan dengan jenis penyakitnya atau dilakukan secara umum? Pertanyaan ini menjadi dasar untuk membagi ruang lingkup pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Menjawab pertanyaan di atas dapat saja dinyatakan bahwa lain penyakit lain obatnya (setiap penyakit memiliki obat tersendiri), maka dari itu ruang lingkup pemberdayaan kesehatan tersebut dapat ditinjau

dari dua pandangan yang berbeda; pandangan yang pertama ruang lingkup pemberdayaan kesehatan masyarakat dilakukan secara umum dengan tujuan penting akan hidup sehat untuk diketahui masyarakat, dan pandangan kedua ruang lingkup pemberdayaan kesehatan tersebut dilakukan berdasarkan suatu penyakit yang sedang terjadi baik dalam suatu wilayah atau di wilayah lain, tujuannya agar penyakit tersebut tidak mewabah atau telah memahami bagaimana pencegahannya atau masyarakat telah mengetahui gejala yang timbul dari suatu penyakit.

Pendekatan ruang lingkup pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat melalui pertimbangan sebagai berikut:

1. Suatu pemberdayaan kesehatan dilakukan berdasarkan kebutuhan masyarakat. Misalnya pendekatan pemberdayaan kesehatan untuk mencegah malaria, dilakukan dengan kehadiran pemerintah dan lembaga lainnya untuk memberikan sosialisasi kepada masyarakat sehingga masyarakat memiliki pengetahuan akan kebersihan dari lingkungan tempat tinggal masing-masing.
2. Promosi kesehatan secara umum, ini dilakukan berdasarkan suatu kebijakan pemerintah, yang menyatakan bahwa pentingnya suatu itu dilakukan dan agar diketahui oleh masyarakat apakah itu bidang pencegahan, fungsi lembaga kesehatan atau adanya akses layanan kesehatan terbaru dan itu, mengharapkan adanya pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat.
3. Sosialisasi pencabutan kebijakan. Sering terjadi suatu kebijakan misalnya telah habis masa berlakunya akan tetapi masih saja berlaku di masyarakat. Suatu kebijakan yang kedaluwarsa dapat saja membahayakan atau merugikan orang banyak, atas kasus seperti ini dibutuhkan kerja sama masyarakat melalui suatu pemahaman yang saksama.
4. Dalam pemberdayaan kesehatan mengedepankan suatu kearifan lokal dan budaya setempat. Dengan tidak memaksakan dalam bentuk apa pun, sehingga apa pun bentuk pemberdayaan kesehatan sebagaimana disebutkan sebelumnya apakah sosialisasi dilakukan karena berdasarkan suatu jenis penyakit atau sosialisasi kebijakan dengan mengikuti prinsip kearifan tersebut, pemberdayaan tersebut akan terlaksana dengan baik.

Pengembangan masyarakat memiliki fokus terhadap upaya menolong anggota masyarakat yang memiliki kesamaan minat untuk bekerja sama, mengidentifikasi kebutuhan bersama, dan kemudian melakukan kegiatan bersama untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Pengembangan masyarakat seringkali diimplementasikan dalam bentuk:

1. Proyek-proyek pembangunan yang memungkinkan anggota masyarakat memperoleh dukungan dalam memenuhi kebutuhan.
2. Kampanye dan aksi sosial yang memungkinkan kebutuhan-kebutuhan tersebut dapat dipenuhi oleh pihak-pihak lain yang bertanggung jawab.

Pemberdayaan merujuk pada kemampuan orang, khususnya kelompok rentan dan lemah sehingga mereka memiliki kekuatan atau kemampuan dalam:

1. Memenuhi kebutuhan dasarnya sehingga mereka memiliki kebebasan (*freedom*), dalam arti bukan saja bebas dalam mengemukakan pendapat, melainkan bebas dari kelaparan, bebas dari kebodohan, bebas dari kesakitan.
2. Menjangkau sumber-sumber produktif yang memungkinkan mereka dapat meningkatkan pendapatannya dan memperoleh barang-barang dan jasa-jasa yang mereka perlukan.
3. Berpartisipasi dalam proses pembangunan dan keputusan-keputusan yang memengaruhi mereka.

Jimmu (2008) menyatakan bahwa pengembangan masyarakat tidak hanya sebatas teori tentang bagaimana mengembangkan daerah perdesaan tetapi memiliki arti yang kemungkinan perkembangan di tingkat masyarakat. Pembangunan masyarakat seharusnya mencerminkan tindakan masyarakat dan kesadaran atas identitas diri. Oleh karena itu, komitmen untuk pengembangan masyarakat harus mengenali keterkaitan antara individu dan masyarakat di mana mereka berada. Masyarakat adalah sebuah fenomena struktural dan bahwa sifat struktural dari kelompok atau masyarakat memiliki efek pada cara orang bertindak, merasa, dan berpikir. Tapi ketika kita melihat struktur tersebut, mereka jelas tidak seperti kualitas fisik dari dunia

luar. Mereka bergantung pada keteraturan reproduksi sosial, masyarakat yang hanya memiliki efek pada orang-orang sejauh struktur diproduksi dan direproduksi dalam apa yang orang lakukan. Oleh karena itu pengembangan masyarakat memiliki epistemologis logis dan yang dasar dalam kewajiban sosial yang individu miliki terhadap masyarakat yang mengembangkan bakat mereka.

Adedokun, *et. al.*, (2010) menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif akan menimbulkan partisipasi aktif dari anggota masyarakat dalam pengembangan masyarakat. Ia juga mengungkapkan bahwa ketika kelompok masyarakat yang terlibat dalam strategi komunikasi, membantu mereka mengambil kepemilikan inisiatif pembangunan masyarakat daripada melihat diri mereka sebagai penerima manfaat pembangunan. Berdasarkan temuan tersebut, direkomendasikan bahwa pemimpin masyarakat serta agen pengembangan masyarakat harus terlibat dalam komunikasi yang jelas sehingga dapat meminta partisipasi anggota masyarakat dalam isu-isu pembangunan.

Jimmu (2008) menunjukkan bahwa pengembangan masyarakat tidak khususnya masalah ekonomi, teknis, atau infrastruktur. Ini adalah masalah pencocokan dukungan eksternal yang ditawarkan oleh agen pembangunan perdesaan dengan karakteristik internal sistem perdesaan itu sendiri. Oleh karena itu, agen pembangunan perdesaan harus belajar untuk 'menempatkan terakhir terlebih dahulu'. Secara teori, peran pemerintah pusat dan agen luar lainnya harus menginspirasi inisiatif lokal bahwa hal tersebut untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Pemberdayaan ini memiliki tujuan dua arah, yaitu melepaskan belenggu kemiskinan dan keterbelakangan dan memperkuat posisi lapisan masyarakat dalam struktur kekuasaan. Pemberdayaan adalah sebuah proses dan tujuan. Sebagai proses, pemberdayaan adalah serangkaian kegiatan untuk memperkuat kekuasaan atau keberdayaan kelompok lemah dalam masyarakat, termasuk individu-individu yang mengalami masalah kemiskinan. Sebagai tujuan, maka pemberdayaan merujuk pada keadaan atau hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial; yaitu masyarakat yang berdaya, memiliki kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial seperti memiliki kepercayaan diri mampu menyampaikan aspirasi,

mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, dan mandiri dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupannya.

E. Prinsip Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Dalam melakukan pemberdayaan kesehatan tersebut dilakukan melalui pendekatan suatu prinsip yaitu asas manfaat untuk kehidupan masyarakat. Artinya pemberdayaan kesehatan masyarakat dilakukan berdasarkan tujuan-tujuan dengan sasaran-sasaran hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian suatu prinsip pemberdayaan kesehatan masyarakat berdasarkan penelaahan dari perencanaan-perencanaan awal dengan pendekatan manajemen.

Prinsip pemberdayaan kesehatan dilakukan berdasarkan suatu kebutuhan baik itu bagi kebijakan dan program pemerintah atau itu dari masyarakat sendiri. Setiap kebijakan yang dilakukan misalnya pemberdayaan kesehatan mampu memberikan hasil yang optimal dalam hal penekanan angka mewabahnya penyakit.

Dengan demikian prinsipnya pemberdayaan masyarakat adalah menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan dari luar. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat dari oleh dan untuk masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri.

Adapun prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat

Melalui pemberdayaan akan tumbuh potensi di dalam masyarakat terdapat berbagai potensi yang dapat mendukung keberhasilan program-program kesehatan. Potensi dalam masyarakat dapat dikelompokkan menjadi potensi sumber daya manusia dan potensi dalam bentuk sumber daya alam / kondisi geografis.

Tinggi rendahnya potensi sumber daya manusia di suatu komunitas lebih ditentukan oleh kualitas, bukan kuantitas sumber daya manusia. Sedangkan potensi sumber daya alam yang ada di suatu masyarakat adalah *given*. Bagaimanapun melimpahnya potensi sumber daya alam, apabila tidak didukung dengan potensi sumber

daya manusia yang memadai, maka komunitas tersebut tetap akan tertinggal, karena tidak mampu mengelola sumber alam yang melimpah tersebut.

2. Mengembangkan gotong royong masyarakat

Adanya kemauan masyarakat untuk hidup gotong royong. Potensi masyarakat yang ada tidak akan tumbuh dan berkembang dengan baik tanpa adanya gotong royong dari masyarakat itu sendiri. Peran petugas kesehatan atau *provider* dalam gotong royong masyarakat adalah memotivasi dan memfasilitasinya, melalui pendekatan pada para tokoh masyarakat sebagai penggerak kesehatan dalam masyarakatnya.

3. Menggali kontribusi masyarakat

Pada dasarnya masyarakat mempunyai potensi yang besar apabila mampu digali dan kemudian diberdayakan. Namun, karena tidak diberdayakan maka tidak terlihat potensi tersebut. Menggali dan mengembangkan potensi masing-masing anggota masyarakat agar dapat berkontribusi sesuai dengan kemampuan terhadap program atau kegiatan yang direncanakan bersama. Kontribusi masyarakat merupakan bentuk partisipasi masyarakat dalam bentuk tenaga, pemikiran atau ide, dana, bahan bangunan, dan fasilitas-fasilitas lain untuk menunjang usaha kesehatan.

4. Menjalin kemitraan

Dalam mempermudah melaksanakan program pemerintah perlu dibangun kerja sama atau mitra. Jalinan kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta, dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama yang disepakati. Membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat, kemitraan adalah sangat penting peranannya.

5. Desentralisasi

Untuk mempermudah akses implementasi pemberdayaan kesehatan maka desentralisasi atau pelimpahan wewenang perlu dilakukan dan ini merupakan pendekatan yang sangat tepat. Upaya dalam pemberdayaan masyarakat hakikatnya memberikan kesempatan kepada masyarakat lokal untuk mengembangkan

potensi daerah atau wilayahnya. Oleh sebab itu, segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional yakni masyarakat setempat sesuai dengan kultur masing-masing komunitas dalam pemberdayaan masyarakat, peran sistem yang ada di atasnya adalah:

- a. Memfasilitasi masyarakat dalam kegiatan-kegiatan atau program-program pemberdayaan. Misalnya masyarakat ingin membangun atau pengadaan air bersih, maka peran petugas adalah memfasilitasi pertemuan-pertemuan anggota masyarakat, pengorganisasian masyarakat, atau memfasilitasi pertemuan dengan pemerintah daerah setempat, dan pihak lain yang dapat membantu dalam mewujudkan pengadaan air bersih tersebut.
- b. Memotivasi masyarakat untuk bekerja sama atau bergotong-royong dalam melaksanakan kegiatan atau program bersama untuk kepentingan bersama dalam masyarakat tersebut. Misalnya, masyarakat ingin mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya. Agar rencana tersebut dapat terwujud dalam bentuk kemandirian masyarakat, maka petugas *provider* kesehatan berkewajiban untuk memotivasi seluruh anggota masyarakat yang bersangkutan agar berpartisipasi dan berkontribusi terhadap program atau upaya tersebut.

Dengan demikian dapat ditegaskan bahwa dalam pemberdayaan kesehatan tersebut dapat dilakukan melalui prinsip-prinsip tertentu yang memberikan manfaat besar terhadap tercapainya keberhasilan dari tujuan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Prinsip tersebut harus sejalan dengan perencanaan dan pertimbangan awal, sehingga sejumlah tujuan pemberdayaan akan terlaksana dan terwujud.

BAB 2

KARAKTERISTIK PEMBERDAYAAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pemberdayaan kesehatan masyarakat itu harus menyentuh setiap kebutuhan masyarakat akan kesehatan. Pemberdayaan tidak bisa lari atau tidak tepat sasaran, inilah inti dari suatu pemberdayaan kesehatan bagaimana upaya-upaya yang dilakukan itu adanya kesesuaian dengan implementasi di lapangan. Kesalahan penggunaan wewenang termasuk penggunaan anggaran kesehatan yang tidak tepat guna merupakan suatu bentuk tidak sesuai dari karakteristik pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Kesalahan dalam penggunaan wewenang selain suatu perbuatan melakukan hukum juga akan merugikan masyarakat pada umumnya. Perlakuan tersebut bertentangan dengan asas yang mengutamakan kepentingan publik di atas kepentingan pribadi, golongan. Kesalahan dalam penggunaan wewenang semaksimal mungkin harus ditekan dan tidak terus berlangsung di negeri ini. Kesalahan dalam penggunaan wewenang di negeri ini kerap terjadi, karena selain dilakukan oleh aktor yang tidak jujur juga lemahnya pengawasan dalam suatu bidang kesehatan.

Kasus yang disebutkan di atas tidak mencirikan pemberdayaan kesehatan yang tepat sasaran, sehingga kebutuhan akan kesehatan itu jauh dari harapan bersama oleh masyarakat. Suatu hal yang perlu dipertimbangkan bagaimana pemberdayaan kesehatan di masyarakat relevan dalam artian sesuai dengan kebutuhan. Suatu pendekatan yang dilakukan dalam pemberdayaan kesehatan langsung mengarah pada

titik pusat program termasuk regulasi yang dibangun. Layanan akses yang mudah diperoleh masyarakat merupakan salah satu ciri khas dari pemberdayaan kesehatan yang tepat sasaran.

B. Karakteristik Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Di atas telah disebutkan bahwa suatu ciri khusus pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah tepat dengan sasaran pemberdayaan dan termasuk kebijakan atau regulasi yang dibuat itu, terutama pelayanan akses. Arti dari tepat dengan sasaran pemberdayaan dilakukan dengan suatu pola sesuai dengan kebutuhan wilayah akan pemberdayaan.

Antar satu wilayah dengan wilayah lainnya memiliki kebutuhan yang berbeda dalam akses layanan kesehatan termasuk pemberdayaan dari kesehatan masyarakat itu sendiri. Masyarakat kota dengan sistem pendidikan dan teknologi yang lebih maju bila dibandingkan dengan akses layanan pendidikan, teknologi dan kesehatan di desa memiliki pola perbedaan pemberdayaan yang dilakukan.

Namun, ada beberapa hal yang menjadi kasus di kota besar yang tidak menjadi pusat perhatian penduduknya akan kesehatan yaitu:

1. Membuang sampah tidak pada tempatnya.

Tidak semua penduduk kota sadar akan hidup sehat dan membuang sampah pada tempatnya, di kota misalnya ditemukan di berbagai sudut adanya tumpukan sampah yang tidak terangkut oleh petugas kebersihan. Kasus ini, mengharapkan bahwa sebaiknya dilakukan pemberdayaan kesehatan masyarakat bagaimana pemerintah atau pihak lembaga swadaya masyarakat berperan dalam mensosialisasi bahaya sampah tersebut. Bila dilihat dari perkembangannya semakin hari semakin banyak ditemukan bahwa kesadaran masyarakat kota dalam membuang sampah.

2. Kesadaran dalam gotong royong rendah

Demikian halnya dengan gotong royong, masyarakat kota sedikit jumlahnya mau bergotong royong, sifat dari masyarakat kota lebih suka menyewa orang lain untuk gotong royong daripada mereka langsung yang turun dan bersedia untuk gotong royong, termasuk dalam pembuangan sampah; menyewa orang lain perbulannya untuk bisa mengambil sampah-sampah keluarga.

3. Kepedulian sosial rendah

Berdasarkan studi yang kita amati bersama bahwa orang kota atau penduduk perkotaan lebih sedikit berkurang kepedulian sosialnya bila dibandingkan dengan penduduk di perdesaan. Budaya di kota besar walau berdekatan rumah tapi bisa saja antar tetangga tidak saling kenal bahkan tidak mau tahu-menahu. Sementara di desa apakah karena jumlah penduduknya tidak banyak sehingga untuk saling perhatian antar penduduk kepeduliannya tinggi.

Studi pada poin 1 dan 2 di atas membutuhkan pemberdayaan kesehatan terhadap masyarakat kota. Tapi yang menjadi pertanyaan adalah bagaimana pemberdayaan kesehatan terhadap masyarakat kota sementara pendidikan mereka lebih baik dari masyarakat desa. Dan ini menjadi sebuah tantangan terhadap pengambil kebijakan di bidang kesehatan dalam melakukan pemberdayaan kesehatan di masyarakat kota. Permasalahannya adalah walau penduduknya berpendidikan lebih tinggi, namun kesadaran akan pola hidup sehat tidak berjalan lurus dengan tingkat pendidikan, artinya kesadaran akan hidup sehat untuk tidak membuang sampah pada tempatnya sedikit kurang.

Sementara di poin 2 adalah mayoritas penduduk kota dalam hal bergotong royong sedikit di bawah dari kepedulian masyarakat atau penduduk desa. Penduduk desa memiliki kepedulian yang tinggi untuk hidup bergotong royong. Berdasarkan permasalahan poin 2 ini yang menjadi pertanyaan adalah bagaimana memberdayakan masyarakat kota untuk peduli terhadap budaya gotong royong.

Antara poin 1 dan 2 sebagaimana di atas membutuhkan suatu pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat kota. Apakah kesadaran dalam membuang sampah atau hidup bergotong royong keduanya mempunyai peranan yang tinggi untuk menata hidup sehat. Karena kesadaran masyarakat kota sedikit sekali atas kedua unsur tersebut di atas maka dibutuhkan pendekatan tertentu pemberdayaan kesehatan masyarakat kota.

Dalam mengatasi masalah di atas Notoatmodjo (2012) suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan noninstruktif dapat memperkuat, meningkatkan, atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan.

Dapat ditarik kesimpulan dari pendapat Notoatmodjo di atas bahwa sesuatu dapat saja dilakukan apabila keinginan pemberdayaan itu bersumber dari bawah atau dari masyarakat itu sendiri. Kesadaran yang bersumber dari bawah atau masyarakat tersebut akan lebih mudah diimplementasikan bila dibandingkan dengan instruksi dari atas atau pemerintah.

Berdasarkan akan hal tersebut, yang perlu dibangun bagaimana selalu hadir dan adanya kepedulian masyarakat tersebut tanpa harus melalui pemberdayaan dari pemerintah dan lembaga lainnya. Kalau ini yang terjadinya adalah adanya akan berbanding lurus suatu sistem pendidikan yang diperoleh masyarakat dengan pola hidup sehat.

Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut oleh Notoatmodjo merilisnya sebagai berikut:

1. Tokoh atau pimpinan masyarakat (*community leader*)

Di sebuah masyarakat apa pun baik perdesaan, perkotaan, maupun pemukiman elite atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan terjadi kristalisasi adanya pimpinan atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat format (camat, lurah, ketua RT/RW) maupun bersifat informal (ustaz, pendeta, kepala adat). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau *provider* kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat terlebih dahulu. Seperti telah kita ketahui bersama bahwa masyarakat kita masih *paternalistic* atau masih berpola (menganut) kepada seseorang atau “sosok” tertentu di masyarakatnya, yakni tokoh masyarakat. Apa pun yang dilakukan oleh pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh bawahan atau masyarakat. Sebagai petugas atau *provider* kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

2. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya PKK, karang taruna, majelis taklim, koperasi-koperasi, dan sebagainya. Organisasi-organisasi masyarakat merupakan potensi yang baru dimanfaatkan dan

merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Pengalaman telah membuktikan bahwa posyandu dan polindes yang juga telah menjadi organisasi masyarakat, merupakan wujud kerja sama dari kemitraan antara puskesmas, pemerintahan setempat, PKK, dan sebagainya. Namun sayangnya, pertumbuhan posyandu di sebagian besar tempat tampak dipaksakan dari atas (puskesmas). Hal ini disebabkan karena Dinas Kesehatan atau puskesmas menargetkannya berdasarkan asumsi jumlah balita yang ada di setiap lingkungan. Seharusnya posyandu tersebut dibentuk bukan berdasarkan target dari puskesmas, tetapi berdasarkan kebutuhan masyarakat setempat. Demikian pula kegiatan posyandu pun beragam, terutama penyuluhan hanya mencakup gizi, diare, dan keluarga berencana. Seharusnya, khusus isi atau materi penyuluhan didasarkan pada masalah setempat. Misalnya, apabila di wilayah itu termasuk endemis malaria atau filariasis, maka materi malaria atau filariasis juga dimasukkan dalam penyuluhan.

3. Pendanaan masyarakat (*community fund*)

Dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak tahun 1970-an, mula-mula di Jawa Tengah yang akhirnya meluas di berbagai daerah di Indonesia. Kemudian dana sehat ini berkembang, dana oleh Departemen Kesehatan diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Dengan adanya program JPKM dari pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, dana sehat yang sebelumnya telah tumbuh dari bawah ini, justru makin hilang dari masyarakat. Sebenarnya baik dana sehat maupun JPKM mempunyai prinsip yang sama yakni “yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin”. Prinsip ini adalah inti gotong-royong sebagai salah satu prinsip dari pemberdayaan masyarakat seperti telah diuraikan di atas. Di samping dana sehat atau JPKM, pada saat ini di berbagai daerah yang difasilitasi oleh LSM yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan telah dikembangkan berbagai bentuk *Community Fund* antara lain Tabulin (tabungan ibu bersalin), dan Tassia (tabungan suami sayang ibu dan anak). Baik Tabulin maupun Tassia adalah bentuk *community fund* tumbuh dari masyarakat, peranan *provider* atau petugas adalah sebatas memfasilitasi. Dana sehat atau JPKM,

Tabulin dan Tassia adalah contoh-contoh potensi masyarakat dalam sebagai perwujudan *community fund* perlu dijaga kelestariannya dan dikembangkan.

4. Material masyarakat (*community material*)

Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah mempunyai sumber daya alam yang berbeda yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.

5. Pengetahuan masyarakat (*community knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kepada masyarakat adalah contoh pemberdayaan masyarakat meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat (*community knowledge*). Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan *community based health education*.

6. Teknologi masyarakat (*community teknologi*)

Di beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaring air bersih menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang di tengahnya ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya. Teknologi-teknologi sederhana yang lahir dari masyarakat ini sebenarnya merupakan potensi untuk pemberdayaan masyarakat. Petugas atau *provider* kesehatan sebenarnya dapat mengadopsi dan memodifikasinya sehingga dapat dimanfaatkan di tempat lain atau diperluas.

Poin yang disebutkan di atas merupakan bagian-bagian yang terpenting dalam lembaga masyarakat desa yang turut berpartisipasi dalam membangun dan melaksanakan berbagai kesehatan di desa. Dan apabila pemberdayaan-pemberdayaan didukung elemen-elemen sebagaimana disebutkan di atas program-program setiap kesehatan akan mudah dicapai. Dengan demikian maka dukungan penuh dalam pemberdayaan kesehatan oleh elemen-elemen sebagaimana di atas akan mampu menciptakan ketahanan kesehatan desa.

C. Metode Partisipasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Setiap pemberdayaan kesehatan masyarakat desa itu, dilakukan dengan menggunakan metode dan pola pendekatan tertentu. Metode pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat dibutuhkan karena setiap masyarakat memiliki berbagai perbedaan dari pendidikan, ekonomi, sosial, keagamaan, suku, ras, dan perilaku lainnya.

Metode pemberdayaan kesehatan masyarakat selain dibutuhkan dari perbedaan di atas juga dilatarbelakangi kondisi antar wilayah dari akses layanan kesehatan yang ada. Misalnya akses layanan kesehatan di kota memiliki perbedaan dengan akses layanan kesehatan di desa. Akses layanan kesehatan yang telah tersedia di kota dalam praktik pemberdayaan tidak terlalu sulit, hal ini didukung kemajuan teknologi dan sementara di desa ditambah kurangnya akses layanan kesehatan, akses layanan teknologi untuk kesehatan sedikit tertinggal apabila dibandingkan dengan di kota.

Dari paparan tersebut pemberdayaan kesehatan masyarakat itu dilakukan dengan menggunakan pendekatan metode sebagai berikut:

1. RRA (*rapid rural appraisal*)

Metode ini bertujuan untuk menggali sebanyak mungkin informasi tentang kondisi desa yang dilakukan oleh orang luar dan sangat sedikit melibatkan masyarakat setempat, teknik penilaian tentang kondisi desa. Kekurangan dari metode penilaian ini adalah walaupun mereka telah melakukan praktik "*partisipatif*" tetapi hanya dilakukan melalui kegiatan pengamatan dan bertanya langsung kepada informan yaitu warga masyarakat itu sendiri (Chambers, 1996).

Untuk melakukan teknik RRA perlu diperhatikan beberapa prinsip yaitu:

- a. Efektivitas dan efisiensi. Kaitannya dengan biaya, waktu, serta informasi yang diperoleh.
- b. Hindari bias, introspeksi, mendengarkan, menanyakan secara berulang, menanyakan kepada kelompok termiskin.
- c. Triangulasi sumber informasi. Melibatkan tim lintas ilmu untuk bertanya dalam beragam pandangan.

- d. Belajar dari dan bersama masyarakat.
 - e. Belajar cepat melalui eksplorasi, *cross-check*, dan jangan terpaku pada materi yang telah disiapkan.
2. PRA (*participatory rapid appraisal*)

Metode PRA ini merupakan pengembangan dari metode RRA di mana metode RRA penekanannya adalah pada kecepatannya (*Rapid*) dan penggalian informasi oleh orang luar, sedangkan metode PRA penekanannya pada partisipasi dan pemberdayaan. Prinsip PRA adalah belajar dari masyarakat, orang luar sebagai fasilitator dan masyarakat sebagai pelaku, saling belajar dan saling berbagi pengalaman, keterlibatan semua kelompok masyarakat, bebas dan informal, menghargai perbedaan dan triangulasi (Chambers, 1996).

Metode dan teknik PRA:

- a. Pendidikan *Andragogy*
Sering disebut bahwa dengan *adult education*. Konsep ini mempraktikkan *consciousness* (menumbuhkan kesadaran). Masyarakat diajak untuk melihat kenyataan dan keberadaan dirinya. Warga diajak untuk menyadari kekurangan dan kelebihan yang ada pada dirinya. Terlalu banyak kekurangan mengakibatkan ketertindasan dan terlalu banyak kelebihan mengakibatkan kemalasan.
 - b. Bidang keilmuan dan penelitian
Diupayakan kritik sehingga mengarah kepada sifat partisipatif. Maksud bidang di atas adalah masyarakat tidak lagi ditempatkan sebagai objek untuk tujuan menggali informasi dan data primer.
RRA memberikan sumbangan yang besar kepada PRA. Penekanan PRA adalah partisipasi dan pemberdayaan sehingga pelibatan masyarakat perdesaan dalam proses pengembangan program menjadi lebih intensif dan partisipatif (Chambers, 1996).
3. FGD (*Focus Group Discussion*)
- Esensi istilah FGD dalam masyarakat adalah “Rembug Warga” yakni tradisi gotong royong yang sudah lama mengakar pada masyarakat. FGD merupakan teknik mengumpulkan data untuk memperoleh

data dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada suatu permasalahan tertentu. Proses FGD melibatkan partisipan-partisipan, di mana mereka melakukan pertukaran pesan secara dialogis dalam kerangka pemahaman bersama atas situasi sosial (Fardiah D, 2005).

Peran fasilitator sangat penting untuk menciptakan situasi yang menyenangkan bagi para partisipan dalam memecahkan masalah sehingga semua unsur masyarakat merasakan sumbangsih sarannya atas permasalahan yang sedang terjadi di lingkungannya (Fardiah D, 2005).

4. PLA (*Participatory Learning and Action*)

Proses belajar dan mempraktikkan secara partisipatif PLA merupakan metode pemberdayaan masyarakat yang terdiri dari proses belajar (melalui ceramah, curah pendapat, diskusi) tentang sesuatu topik seperti: persemaian, pengolahan lahan, perlindungan hama tanaman.

Yang segera setelah itu diikuti dengan aksi atau kegiatan riil yang relevan dengan materi pemberdayaan masyarakat tersebut dengan prinsip-prinsip:

- a. Merupakan proses belajar secara berkelompok yang dilakukan oleh *stakeholder* secara interaktif dalam suatu proses analisis bersama.
 - b. *Multi perspective*. Mencerminkan keragaman interpretasi dari pihak.
 - c. Spesifik lokasi. Sesuai dengan kondisi para pihak yang terlibat.
 - d. Difasilitasi oleh ahli dan *stakeholder* yang bertindak sebagai katalisator dan fasilitator dalam pengambilan keputusan, serta meneruskannya kepada pengambil keputusan.
 - e. Pemimpin perubahan. Keputusan yang diambil melalui PLA akan dijadikan acuan bagi perubahan yang akan dilaksanakan oleh masyarakat setempat.
5. Pelatihan partisipatif
- Ciri utama dari pelatihan ini adalah:
- a. Hubungan instruktur/fasilitator dengan peserta didik tidak lagi bersifat vertikal tetapi bersifat horizontal.

- b. Lebih mengutamakan proses daripada hasil. Bukan seberapa banyak terjadi alih pengetahuan, tetapi seberapa jauh terjadi interaksi atau diskusi dan berbagi pengalaman antara sesama peserta dan antara fasilitator dengan pesertanya.
- c. Substansi materi pelatihan mengacu pada kebutuhan peserta, sebelum pelatihan dilaksanakan selalu diawali dengan kontrak belajar.

Masyarakat biasanya diberdayakan adalah masyarakat miskin. Penelitian Mulyono (2011) ada 3 formulasi strategi pemberdayaan masyarakat miskin dan model pemberdayaan masyarakat miskin melalui pendidikan nonformal yaitu, apabila penawaran lebih kecil dari permintaan maka strategi difokuskan pada pelatihan dasar sampai warga belajar mampu usaha mandiri atau bekerja, apabila penawaran sama besar dengan permintaan maka strategi difokuskan kepada *skill* kewirausahaan, apabila penawaran lebih tinggi daripada permintaan maka strategi difokuskan pada fasilitas usaha atau fasilitas pencarian alternatif pengembangan.

Winarianto (2009) pemberdayaan masyarakat harus mengikuti pendekatan, upaya yang terarah (*targeted*) atau pemihakan, harus langsung mengikutsertakan atau dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran, menggunakan pendekatan kelompok, karena secara sendiri-sendiri masyarakat yang miskin sulit dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapinya.

Penelitian Sukamawati, Dwi (2006) suatu model pemberdayaan masyarakat yang bisa diterapkan adanya pengelolaan sampah di Kelurahan Kutisari adalah model berbasis *workshop*, berbasis komunitas, konsultasi *stakeholder*, dan analisis sosial.

Menurut Notoatmodjo (2012) banyak cara yang dapat dilakukan untuk mengajak atau menumbuhkan partisipasi dari masyarakat. Pada pokoknya ada dua cara yakni:

1. Partisipasi dengan paksaan (*enforcement participation*)
Artinya memaksa masyarakat kontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, peraturan-peraturan, maupun dengan perintah lisan saja. Cara ini akan lebih cepat hasilnya dan mudah. Tetapi masyarakat akan takut, merasa dipaksa dan kaget, karena

dasarnya bukan kesadaran (*awarenees*), tetapi ketakutan. Akibatnya masyarakat tidak akan mempunyai rasa memiliki terhadap program.

2. Partisipasi dengan persuasi dan edukasi

Yakni suatu partisipasi yang didasari pada kesadaran. Sukar ditumbuhkan, dan akan memakan waktu yang lama. Tetapi bila tercapai hasilnya ini akan mempunyai rasa memiliki, dan rasa memelihara. Partisipasi dimulai dengan penerangan, penyuluhan, pendidikan, dan sebagainya, baik secara langsung maupun tidak langsung.

D. Indikator Keberhasilan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Sebagaimana disebutkan di atas dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat memiliki prinsip ketercapaian tujuan, yang dimulai dari *input*, proses, *output*, dan *outcome*. Empat proses tersebut merupakan hal yang dapat memengaruhi keberhasilan dalam pemberdayaan dari kesehatan masyarakat.

Prinsip indikator ini akan dijelaskan sebagai berikut.

1. *Input*

Suatu keberhasilan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat didukung berbagai faktor yang merupakan input dari indikator keberhasilan pemberdayaan meliputi SDM, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Antara sumber daya manusia, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang dibutuhkan dalam mencapai tujuan pemberdayaan memiliki pengaruh yang utama, tanpa adanya input maka proses tidak bisa dilakukan dalam kelanjutan-kelanjutan pemberdayaan.

2. Proses

Proses, meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan. Proses yang baik akan menentukan keberhasilan pemberdayaan yang baik pula, sementara proses pemberdayaan yang tidak melalui proses yang baik juga akan menentukan hasil yang tidak efektif. Untuk itu proses pemberdayaan harus memenuhi unsur-unsur yang efektif untuk mencapai pemberdayaan yang bermutu.

3. *Output*

Output, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dari perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat. Keberhasilan *output* akan ditentukan proses di atasnya maka dengan itu proses yang baik akan menentukan suatu hasil pemberdayaan kesehatan yang baik pula.

4. *Outcome*

Outcome dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran, serta meningkatkan status gizi kesehatan. Tujuan dari pemberdayaan kesehatan pada prinsipnya adalah menekan angka kematian dan menurunkan angka penyebaran penyakit, sehingga akan meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat pada umumnya. *Outcome* ini pada prinsipnya adalah akan dirasakan dari banyaknya masyarakat yang merupakan luaran dari hasil pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Lebih lanjut, Poerwoko (2012: 110) mengemukakan beberapa indikator keberhasilan yang dipakai untuk mengukur pelaksanaan program-program pemberdayaan masyarakat mencakup:

1. Jumlah warga yang secara nyata tertarik dalam kegiatan yang dilaksanakan.
2. Frekuensi kehadiran tiap-tiap warga pada pelaksanaan tiap jenis kegiatan.
3. Tingkat kemudahan penyelenggaraan program untuk memperoleh pertimbangan atau persetujuan warga atas ide baru yang dikemukakan.
4. Jumlah dan jenis ide yang dikemukakan oleh masyarakat yang ditujukan untuk kelancaran pelaksanaan program kegiatan.
5. Intensitas kegiatan petugas dalam pengendalian masalah.
6. Meningkatnya kapasitas skala partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan.

7. Berkurangnya masyarakat yang menderita sakit malaria.
8. Dapat meningkatnya kepedulian dan respons terhadap perlunya peningkatan kehidupan kesehatan.
9. Jumlah dana yang dapat digali dari masyarakat untuk menunjang pelaksanaan program kegiatan.
10. Meningkatnya kemandirian kesehatan masyarakat.

Indikator yang disebutkan Poerwoko di atas merupakan suatu keefektifan dalam indikator keberhasilan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Di mana tujuan-tujuan pemberdayaan dapat dicapai secara efektif dengan menggunakan metode-metode pemberdayaan kesehatan tersebut.

E. Nilai Partisipasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Keberhasilan pemberdayaan kesehatan tersebut tidak terlepas dari partisipasi penuh masyarakat termasuk elemen-elemen dalam masyarakat yang bersangkutan. Partisipasi dalam bentuk dukungan dan kerja keras menentukan keberhasilan pemberdayaan kesehatan. Atas dasar tersebut dalam pemberdayaan kesehatan; masyarakat perlu diposisikan di garis depan karena mempunyai pengaruh dalam akses untuk implementasi kesehatan di lapangan.

Keterlibatan masyarakat itu memiliki nilai yang tidak terhingga, sebab dukungan masyarakat menjadi penentu dalam pemberdayaan kesehatan, ditinjau dari aspek tersebut selain masyarakat sebagai pihak yang diberdayakan dalam hal tersebut masyarakat memberikan dukungan penuh atas keberhasilan pemberdayaan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2012), partisipasi masyarakat adalah suatu pendekatan atau jalan yang terbaik untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan di negara-negara yang sedang berkembang, karena hal-hal berikut:

1. Partisipasi masyarakat merupakan cara yang paling murah. Dengan ikut berpartisipasinya masyarakat dalam program-program kesehatan, itu berarti diperolehnya sumber daya dan dana dengan mudah untuk melengkapi fasilitas kesehatan mereka sendiri.

2. Bila partisipasi itu berhasil, bukan hanya salah satu bidang saja yang dapat dipecahkan, tetapi dapat menghimpun dana dan daya untuk memecahkan masalah di bidang yang lain.
3. Partisipasi masyarakat akan membuat semua orang untuk belajar tanggung jawab terhadap kesehatan sendiri. Apabila masyarakat hanya menerima saja pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah atau instansi penyelenggara kesehatan lain, masyarakat tidak merasa mempunyai tanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri. Penyembuhan atau pengobatan penyakit terhadapnya hanya dianggap sebagai barang pinjaman dari luar saja, sehingga mereka tidak belajar apa-apa tentang penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Padahal masyarakat pada hakikatnya ingin tahu dan ingin belajar sendiri tentang hal-hal tersebut di atas.
4. Partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang tumbuh dan berkembang dari bawah dengan stimulasi dan bimbingan dari atas, bukan sesuatu yang dipaksakan dari atas. Ini adalah suatu pertumbuhan yang alamiah, bukan pertumbuhan yang semu.
5. Partisipasi masyarakat akan menjamin suatu perkembangan yang langgeng, karena dasarnya adalah kebutuhan dan kesadaran masyarakat sendiri.
6. Melalui partisipasi, setiap anggota masyarakat dirangsang untuk belajar berorganisasi dan mengambil peran yang sesuai dengan kemampuan mereka masing-masing.
7. Partisipasi masyarakat adalah sejalan dengan deklarasi Alma Atta, September 1978. Pasal 4 deklarasi tersebut menyatakan bahwa:
“The people have the right and duty to participate individually dan colectively in planning and implementation of their health care”.

Dari pernyataan tersebut dapat ditegaskan keterlibatan masyarakat secara individu, kelompok mulai dari perencanaan dan implementasi pemberdayaan kesehatan sangat menentukan keberhasilan dari tujuan pemberdayaan kesehatan masyarakat. Ke depannya adalah peran-peran masyarakat inilah yang perlu diberdayakan dan ditingkatkan yaitu; bagaimana partisipasi masyarakat lebih dominan dalam upaya untuk membangun tata kelola kesehatan jauh lebih baik dari sebelumnya.

BAB 3

PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM KESEHATAN

A. Pendahuluan

Apa pun yang dilakukan terkait kebijakan kesehatan tidak begitu berarti tanpa kepedulian masyarakat. Sikap masyarakat yang acuh tak acuh, kesadaran menjaga kesehatan bersama rendah, dan perilaku yang negatif telah menjadi bertradisi seperti budaya, tentunya mempunyai tingkat upaya yang tinggi dalam memberdayakan masyarakatnya. Di atas merupakan suatu hal yang sering terjadi di masyarakat, dapat saja disebutkan kasus itu sebagai bentuk ketidakpedulian masyarakat atas kesehatan bersama.

Keberhasilan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat tidak terlepas dukungan dan kepedulian masyarakat itu sendiri. Dukungan dapat berbentuk partisipasi penuh yaitu ikut mensosialisasikan dari setiap kebijakan kesehatan terkait program pemerintah. Selain ikut, dalam mensosialisasikan masyarakat sebagai aktor yang langsung bisa menjadi sebagai pelopor dan model untuk patuh dalam kapasitas yang diberdayakan tersebut.

Dua pendekatan peran serta tersebut merupakan dasar yang perlu dibangun dan dipertahankan untuk kelangsungan, keberhasilan dari pemberdayaan kesehatan masyarakat. Selain dari itu, upaya partisipasi secara keseluruhan elemen masyarakat dalam hal perangkat kerja desa sangatlah lebih membantu dari setiap program tersebut. Dari itu untuk memaksimalkan peran serta masyarakat diperlukan pendekatan dan pola-pola yang bersifat konstruktif atau membangun. Suatu aturan

yang diterapkan dalam memberdayakan kesehatan masyarakat tidak efektif bila dilakukan yang terkesan memaksa, akan tetapi setiap adanya pemberdayaan didasari asas manfaat yang besar terhadap masyarakat itu sendiri.

Suatu dukungan masyarakat, peran sertanya harus ditunjukkan dengan berkesinambungan, tidak hanya karena masa pemberdayaan telah selesai programnya lalu kemudian masyarakat tidak lagi mau untuk melaksanakannya, jika seperti ini; kasus yang terjadi maka dengan apa yang dilakukan semuanya akan menjadi sia-sia. Sebuah pemberdayaan sifatnya tentatif dan punya waktu akan tetapi dalam implementasi perilaku walaupun masa pemberdayaan kesehatan itu telah berakhir namun dukungan perilaku-perilaku masyarakat harus selalu ada dan ini sebagai wujud dari peran serta masyarakat dalam membangun tatanan kesehatan.

B. Pengertian Masyarakat

Secara umum masyarakat itu diartikan sebagai penduduk yang mendiami suatu wilayah dengan jumlah banyak. Dalam konteks ini (pemberdayaan kesehatan masyarakat) pengertian masyarakat yang kita maksudkan adalah suatu masyarakat atau penduduk dalam sebuah wilayah desa (dalam hal ini) untuk mempermudah dalam memberikan makna pemberdayaan kesehatan. Pemilihan wilayah penduduk desa/ masyarakat agar lebih efektif dalam melakukan pemberdayaan itu.

Dengan demikian dapat diartikan bahwa sebuah desa adalah tempat berdomisilinya masyarakat dengan jumlah tertentu (terbatas) yang dipimpin seorang kepala desa dengan sejumlah perangkatnya. Suatu desa, yang terdiri dari beberapa dusun, dan dusun ini dikepalai oleh kepala dusun. Sebuah desa bisa saja mempunyai lima atau empat dusun bahkan bisa lebih. Dengan demikian, dari jumlah dusun itulah akan terbentuk sebuah desa dan masyarakatnya adalah perkumpulan antar dusun tersebut.

Sebagai masyarakat harus selalu taat dan patuh pada aturan yang berlaku yakni tata krama yang diterapkan di masyarakat setempat baik secara nasional maupun dalam wilayah desa tersebut. Patuh pada aturan adalah sebagai wujud taat pada asas hukum yang berlaku. Terhadap

taat asas ini, dalam bidang kesehatan masyarakat diharapkan sebagai pelopor untuk hidup sehat, yakni memiliki kepedulian untuk saling mendukung terkait kebijakan kesehatan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan masyarakat atau penduduk desa dalam bidang kesehatan adalah; (1) memiliki rasa tanggung jawab terkait dengan kebijakan kesehatan dalam melaksanakannya; (2) mendukung kebijakan program pemerintah di bidang kesehatan; (3) berperan serta dengan sistem berkelanjutan; (4) merasa memiliki bahwa apa yang dilakukan terkait kebijakan kesehatan merupakan untuk kemaslahatan bersama.

Sedangkan konsep masyarakat yang disampaikan Tri Krianto (2005) adalah pembahasan pemberdayaan kesehatan masyarakat yang di dalamnya meliputi pengorganisasian masyarakat dan pembangunan masyarakat, maka konsep masyarakat perlu dibahas. Masyarakat itu, selain dilihat dari aspek geografisnya, dapat juga ditelaah dari aspek-aspek nongeografisya, di antaranya karakteristik etnisitas (kesukubangsaan), orientasi seksualnya, pekerjaannya, aspirasi politiknya (dalam Fellin, 1995). Sedangkan pendapat Hunter (1975) dilansir Tri Krianto, mengatakan masyarakat dapat dipahami sebagai: (1) unit fungsional dalam wilayah tertentu yang berusaha memenuhi kebutuhan dasarnya guna mempertahankan kehidupannya; (2) unit interaksi sosial yang berpola; (3) unit simbolik yang memberikan identitas kolektif.

Beberapa hal yang disebutkan di atas merupakan dasar bagi masyarakat atas kepedulian berperan serta secara berkesinambungan terhadap kesehatan. Dan ini sebagai suatu bentuk kewajiban mutlak yang harus dilakukan setiap masyarakat desa dalam mendukung keberhasilan pemberdayaan kesehatan masyarakat tersebut. Bahkan lebih baik lagi apabila masyarakat desa memiliki program kebijakan tersendiri dalam memberdayakan kesehatan tersebut berdasarkan turunan dari peraturan pemerintah di atasnya. Kebijakan desa akan bidang kesehatan dirasa perlu dilakukan karena menyangkut masalah teknis karena adanya pendekatan kearifan lokal dalam pemberdayaan tidak terdapat pada kebijakan di atasnya, sehingga melalui aturan masyarakat setempat menyukseskan secara efektif pemberdayaan kesehatan tersebut.

C. Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan

Dalam pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan tersebut suatu partisipasi yang diharapkan adalah adanya partisipasi langsung dan tidak langsung. Partisipasi langsung adalah ditunjukkan dengan kehadirannya dalam berbagai aktivitas pemberdayaan kesehatan baik yang dilakukan oleh unsur pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, atau masyarakat itu sendiri. Sementara partisipasi tidak langsung oleh masyarakat dapat berkontribusi mendukung sepenuhnya apa yang telah diputuskan dalam setiap kebijakan yang dilaksanakan di tingkat desa dan/atau memberi materiel sebagai bentuk dukungan.

Partisipasi kedua di atas merupakan derajat tingkat kontribusi seseorang masyarakat dalam mendukung dan menyukseskan upaya pemberdayaan kesehatan di masyarakat. Namun, ada beberapa hal yang membuat seorang warga kurang berperan aktif dalam pemberdayaan tersebut, yaitu: (1) adanya sikap ketidakpedulian dari seseorang terhadap setiap program kesehatan yang ada. Pendekatan yang dilakukan dalam menghadapi seseorang masyarakat seperti ini adalah melalui pendekatan personal oleh pihak yang memiliki kemampuan dalam berkomunikasi. Ketidakberpartisipasinya bisa saja karena metode pemberdayaan tidak sesuai sehingga membuat seseorang itu kurang mendukung dan berpartisipasi; (2) kesibukan seseorang dalam bekerja, sehingga membuatnya tidak banyak terlibat dalam wilayah pemberdayaan. Namun pendekatan yang dilakukan adalah oleh pihak perangkat desa dapat saja membangun komunikasi dengan orang pada poin 2, sehingga bagaimana seseorang tersebut dapat berkontribusi dalam pemberdayaan kesehatan.

Menurut Notoadmodjo (2012) partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan berbagai permasalahan-permasalahan kesehatan masyarakat tersebut. Partisipasi masyarakat di bidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri.

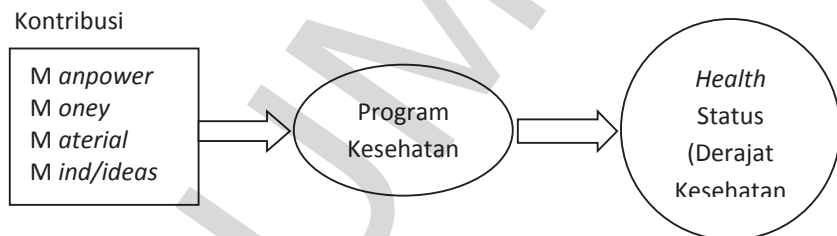
Dalam hal ini, masyarakat sendirilah yang akan memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program-program kesehatan mereka. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya. Kemandirian masyarakat sangat menentukan dari

keberhasilan pemberdayaan kesehatan masyarakat itu sendiri. Suatu hal yang sangat diharapkan adalah adanya kemandirian masyarakat dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan di desa.

Dalam partisipasi, setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja, tetapi dapat berbentuk daya (tenaga) dan ide (pemikiran). Dalam hal ini dapat diwujudkan di dalam 4 M, yakni *manpower* (tenaga), *money* (uang), *material* (benda-benda lain seperti kayu, bambu, beras, batu, dan sebagainya), dan *mind* (ide atau gagasan).

Demikian sebelumnya telah disampaikan bahwa kontribusi dari seorang masyarakat itu bisa secara langsung atau tidak langsung yang berupa material dan kesemuanya itu mendorong terwujudnya kesehatan masyarakat yang sempurna. Peran serta seseorang sebagai wujud kepedulian atas keselamatan bersama dengan demikian akan tertata makna sosial yang tertinggi dalam sebuah masyarakat desa.

Dari pernyataan di atas partisipasi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kontribusi dan Partisipasi

Sumber: Notoatmodjo (2012)

Selain hal di atas, tujuan pemberdayaan kesehatan adalah untuk membantu klien dalam memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan sosial dalam pengambilan tindakan. Suatu pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk dapat menggunakan kemampuannya. Pendapat Suyono sebagaimana dikutip Krianto, menyebutkan paling tidak ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Adanya kesadaran, kejelasan, serta pengetahuan tentang apa yang dilakukan.
2. Adanya pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal-hal apa, di mana, dan siapa yang akan diberdayakan.
3. Adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk dapat menempu proses pemberdayaan.

Setiap partisipasi-partisipasi masyarakat tersebut memiliki suatu tingkatan-tingkatan dan tidak langsung memberikan suatu partisipasi akan tetapi melalui beberapa kondisi yang dilalui. Oleh Ross (dalam Krianto, 2005) menyatakan bahwa terdapat tiga prakondisi tumbuhnya partisipasi, yaitu:

1. Mempunyai pengetahuan yang luas dan adanya latar belakang yang memadai sehingga dapat mengidentifikasi suatu masalah, prioritas masalah, dan melihat permasalahan secara komprehensif.
2. Mempunyai kemampuan untuk belajar cepat tentang permasalahan dan belajar untuk mengambil keputusan.
3. Kemampuan mengambil tindakan dan bertindak efektif.

Ketercapaian partisipasi masyarakat sebagaimana disebutkan di atas juga memiliki tingkat rendah dan tingkat tinggi. Partisipasi yang paling rendah dapat saja ditunjukkan tanpa berpartisipasi langsung, tetapi sebatas mendukung dalam hati pribadinya. Sementara tingkat partisipasi paling tinggi adalah ikut serta dalam berbagai kebijakan kesehatan secara keseluruhan. Partisipasi-partisipasi tersebut semua dapat diberdayakan dengan pendekatan dan pola tersebut, sehingga tingkat partisipasi masyarakat dalam pemberdayaan kesehatan dapat bertambah.

Pendapat Chapin, seperti yang dikutip Krianto bahwa partisipasi dapat diukur dari yang paling terendah sampai yang tertinggi, yaitu:

1. Kehadiran individu dalam pertemuan-pertemuan.
2. Memberikan bantuan dan sumbangan-sumbangan.
3. Keanggotaan dalam kepanitiaan kegiatan.
4. Posisi kepemimpinan.

Dari pernyataan di atas ditegaskan bahwa tingkat partisipasi yang paling tinggi dilakukan dalam pemberdayaan adalah pada tingkat pimpinan. Peran pemimpin dalam pemberdayaan itu sangat tinggi, mengingat seorang pemimpin berpeluang besar dalam memimpin berlangsungnya pemberdayaan. Peran tersebut dilakukan pemimpin sejalan di setiap studi kasus bahwa pemimpin desa setempat dijadikan sebagai perpanjangan tangan pemerintah untuk melanjutkan suatu kepemimpinan terhadap pemberdayaan-pemberdayaan kesehatan.

Beberapa peran kepemimpinan dalam pemberdayaan kesehatan dapat disebutkan sebagai berikut:

1. Membangun komunikasi dengan warga terkait program kesehatan.
2. Menjadwalkan musyawarah dengan membahas pokok-pokok dari setiap program kesehatan.
3. Ketika musyawarah pemimpin dapat menyerap aspirasi warganya.
4. Membuat perencanaan-perencanaan secara bersama-sama dengan melalui pendekatan manajemen.
5. Pada saat program berlangsung pemimpin dapat bertindak sebagai supervisor terhadap program pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Peran kepemimpinan dalam pemberdayaan di atas merupakan derajat partisipasi aktif secara penuh. Namun dalam implementasinya pemimpin dapat juga melakukan langsung suatu evaluasi-evaluasi dalam hal, apakah setiap agenda-agenda pemberdayaan sesuai dengan petunjuk yang telah direncanakan sebelumnya atau perlu dilakukan perbaikan-perbaikan.

D. Filosofi Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan

Pemberdayaan dilakukan untuk membangun suatu partisipasi. Lebih dari itu, dapat ditegaskan bahwa pemberdayaan adalah proses aktif masyarakat yang diberdayakan untuk berperan dalam berbagai kegiatan kesehatan. Melalui partisipasi tersebut akan terwujud peran masyarakat dan akan membuat pengalaman aktual yang bermanfaat untuk mengembangkan program sejenis di masa mendatang.

Sebagai dasar filosofi partisipasi peran aktif anggota masyarakat adalah terlihat dalam berbagai perannya di bidang kesehatan tersebut.

Dari konteks pembangunan kesehatan melalui partisipasi ini sebagai keterlibatan masyarakat diwujudkan dalam bentuk menjalin kemitraan antara masyarakat dan pemerintah dalam perencanaan, implementasi dalam berbagai program kesehatan, mulai dari pendidikan kesehatan, pengembangan program kemandirian dalam kesehatan, sampai dengan pada pengawasan perilaku masyarakat dalam menanggapi teknologi dan infrastruktur kesehatan. Filosofi utamanya adalah bahwa “tidak ada pemberdayaan tanpa masyarakat” dan “tanpa masyarakat tidak ada pemberdayaan” artinya pemberdayaan dapat dilakukan karena adanya masyarakat sebagai objek yang diberdayakan.

Sementara itu, dalam membangun dan melaksanakan partisipasi dapat dirumuskan tiga dimensi partisipasi yang mempunyai orientasi dari masing-masing dimensi tersebut. Adapun tiga dimensi tersebut dapat disebutkan sebagai berikut:

1. Keterlibatan semua unsur atau keterwakilan kelompok (*group representation*) dalam proses pengambilan keputusan. Namun mengingat sulitnya membuat peta pengelompokan masyarakat, maka cara paling mudah pada tahap ini adalah mengajak semua anggota masyarakat untuk mengikuti tahap ini.

Untuk melibatkan masyarakat berdasarkan pernyataan di atas dapat dilakukan dengan menggunakan metode, diskusi dalam bentuk kelompok, di mana oleh pemimpin setempat mengundang warga untuk bermusyawarah dalam merumuskan permasalahan kesehatan tersebut. Sistem demokrasi dikedepankan sehingga masyarakat akan semakin merasa bahwa kontribusi mereka dibutuhkan.

2. Kontribusi massa sebagai pelaksana/implementor dari keputusan yang diambil. Setelah keputusan diambil, ada tiga kemungkinan reaksi masyarakat yang muncul yaitu: a) secara terbuka menerima keputusan dan bersedia melaksanakannya; b) secara terbuka menolak; dan c) tidak secara terbuka menolak, namun menunggu perkembangan yang terjadi. Meskipun demikian, pengambil keputusan harus terus menerus mendorong agar semua pihak bersikap realistis, menerima keputusan secara bertanggung jawab, secara bersama-sama menanggung risiko dari keputusan tersebut. Hal ini harus terus disadari, karena program-program

yang diputuskan adalah program yang ditujukan untuk masyarakat, oleh karenanya pelaksanaannya juga masyarakat.

Dari ketiga kemungkinan yang terjadi dari pernyataan di atas dapat dianalisis sebelumnya apakah masyarakat menerima, menolak, atau menunggu perkembangan yang terjadi. Sebelum rapat dilakukan berbagai pendekatan terhadap alternatif jawaban sudah harus dapat dimiliki cara mengatasinya, terutama apabila terjadi penolakan. Antara pernyataan kedua menolak dan ketiga yaitu menunggu apa yang terjadi dalam perkembangannya, sebaiknya dapat dicari suatu alternatif lain sehingga menemukan jalan terbaik terhadap capaian tujuan rumusan partisipasi.

3. Anggota masyarakat secara bersama-sama menikmati hasil dari program yang dilaksanakan. Bagian ini penting, sebab sering terjadi karena merasa paling berjasa, ada pihak tertentu menuntut bagian manfaat yang paling besar. Oleh karenanya, pada tahap ini perlu ada keselarasan antara asas pemerataan dan asas keadilan.

Istilah lainnya orang yang berjasa diberikan penghargaan dalam bentuk sesuai dengan kesepakatan bersama. Pemberian hadiah atau sejenisnya memengaruhi motivasi untuk bermotivasi ke depannya, sehingga pemberian penghargaan dianggap penting ke depannya, karena akan meningkatkan kedisiplinan dalam berpartisipasi dalam hal implementasi partisipasi peran berikutnya.

Partisipasi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat tersebut tidaklah dengan sendirinya akan mencapai suatu tujuan pemberdayaan akan tetapi diperlukan berbagai metode pendekatan atau persyaratan yang mampu mewujudkan partisipasi. Suatu partisipasi kesehatan itu, akan terwujud apabila memenuhi beberapa persyaratan sebagai berikut.

1. Adanya sifat saling mendukung dalam program kesehatan tersebut akan mempermudah proses pemberdayaan kesehatan di lapangan. Sikap acuh dan tak acuh tidak perlu dipertahankan namun adanya suatu kesadaran yang ditanamkan bahwa sikap mendukung adalah sebagai wujud kepedulian. Boleh saja seseorang itu misalnya tidak mendukung tapi dengan alasan yang kuat dan logis. Sebagai contoh yang ditolak atau tidak didukung dalam perencanaan awal suatu program pemberdayaan telah disinyalir atau diduga adanya hal-hal yang merugikan orang banyak, baik dari sisi materi atau waktunya.

2. Adanya sifat rasa saling percaya antara anggota dalam masyarakat, maupun antara anggota masyarakat dan pihak petugas (pemerintahan, pihak luar nonpemerintah). Ketidakpercayaan dan saling curiga dapat merusak semangat untuk berpartisipasi yang mulai tumbuh. Rasa saling percaya diciptakan melalui suatu niat baik untuk melakukan sesuatu demi kesejahteraan masyarakat.

Dalam mencapai tujuan pemberdayaan, adanya saling percaya akan mampu membangun komunikasi yang harmonis dalam mendukung terwujudnya pemberdayaan. Tanpa adanya kepercayaan atau saling percaya terhadap sesama dalam pergerakan pemberdayaan tersebut akan sulit mencapai tujuan-tujuan hakiki pemberdayaan.

3. Adanya ajakan dan kesempatan bagi anggota masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan atau program. Sering terjadi masyarakat bersikap masa bodoh terhadap program-program apa pun yang berlangsung di wilayah tempat tinggalnya. Padahal sebenarnya masyarakat mempunyai potensi yang besar dan beragam untuk bisa berpartisipasi.

Dalam mewujudkan tujuan pemberdayaan kesehatan suatu ajakan yang tepat akan diikuti oleh semua orang dalam sebuah desa, tapi ketika ajakan itu dianggap kurang sesuai dengan metode budaya atau keinginan masyarakat agak sulit untuk diterima. Oleh karena itu ajakan terhadap masyarakat haruslah sesuai dengan kearifan-kearifan masyarakat setempat.

4. Adanya suatu manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat. Konsep seperti ini penting karena masyarakat biasanya bersikap praktis. Kalau bisa manfaat dari program tersebut segera dapat dinikmati dalam waktu singkat. Sikap praktis masyarakat ini memang selalu ada kapan pun dan di manapun, masyarakat dalam hal sesuatu itu tidak mau berlama-lama akan tetapi mereka ingin adanya suatu hasil dan manfaat langsung bagi mereka. Dengan cara tersebut kiranya perlu menjadi suatu pusat perhatian bersama dalam hal pemberdayaan-pemberdayaan bahwa apa yang dilakukan harus langsung menyentuh keinginan dan harapan masyarakat dalam waktu cepat tanpa harus berlama-lama.
5. Adanya contoh dan keteladanan dari para tokoh dan pemimpin masyarakat, terutama pada masyarakat yang bercorak paternalistik.

Masyarakat selalu sering mengkritik keteladanan kepemimpinan, bahwa akhir-akhir ini krisis karakter keteladanan kepemimpinan sering muncul ke permukaan sehingga membuat banyak masyarakat tidak percaya terhadap pemimpinnya.

Ketidakpercayaan terhadap kepemimpinan akan membuat berbagai program, walau dilaksanakan akan berat diterima oleh masyarakat. Berpijak dari kepemimpinan, maka keteladanan haruslah menjadi nomor satu dalam melakukan kebijakan-kebijakan pemberdayaan.

Untuk menumbuhkan partisipasi itu dibutuhkan pemberdayaan dengan pendekatan berpola dalam bentuk mampu memberi motivasi. Filosofi partisipasi tidak dengan sendiri dan secepatnya akan diikuti setiap orang, akan tetapi melalui pertimbangan-pertimbangan yang dewasa, baru seseorang tersebut dapat berpartisipasi. Demikian pula sebaliknya, dalam berpartisipasi tersebut seseorang itu mempunyai motif pribadi atau tersendiri, apakah karena mendukung program atau berpartisipasi untuk mencari dana. Motif berpartisipasi akan sejalan dengan program apabila pihak yang memberdayakan mampu memberi pemahaman dengan pendekatan yang sesuai.

Oleh Kriantono, menyebutkan bahwa partisipasi harus tumbuh dalam masyarakat, dilakukan dengan cara sebagai berikut.

1. Terapi pendidikan, adalah suatu proses yang dirancang untuk mengembangkan rasa percaya diri dan akhirnya keyakinan bahwa yang bisa menolong adalah dirinya sendiri. Dalam terapi pendidikan dilakukan upaya-upaya memberikan pelatihan di mana anggota masyarakat saling bekerja sama, dan memetik nilai-nilai tertentu dalam kerja sama tersebut.
2. Strategi perubahan perilaku bertujuan untuk memasukkan perubahan perilaku sebagai perubahan sistem atau subsistem. Pada strategi ini, terdapat dua premis yaitu: a) perubahan perilaku yang terjadi pada anggota suatu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran perubahan, relatif lebih mudah daripada mengubah individu yang merasa bukan anggota kelompok sasaran; b) individu-individu dan kelompok akan menolak keputusan yang bisa menjatuhkan (tidak menguntungkan) mereka. Agar strategi ini efektif, maka: 1) anggota-anggota masyarakat (yang akan berpartisipasi) harus

memiliki perasaan mengidentifikasi dengan kelompok yang kuat; 2) kesadaran akan membutuhkan tentang perubahan yang harus datang dari kelompok; 3) saluran komunikasi harus bersifat terbuka dan tidak terganggu.

3. Penambahan staf, bertujuan untuk menggali kemampuan, ketersediaan waktu, dan keahlian individual guna mencapai tujuan. Untuk strategi bisa dilakukan dengan cara: a) menggali potensi yang berasal dari masyarakat tersebut; b) mengidentifikasi dan memanfaatkan kemampuan pihak luar.
4. Kooptasi, adalah upaya menanamkan sesuatu yang baru terhadap kepemimpinan atau penentu kebijakan sehingga dianggap sangat penting untuk mendorong peran serta segenap anggota masyarakat.
5. Strategi kekuatan masyarakat. Kekuatan di antaranya dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk melawan pihak lain. Strategi ini dapat digunakan untuk membangkitkan partisipasi masyarakat dengan cara mengangkat tema-tema yang langsung menyentuh kepentingan dan kebutuhan masyarakat. Berbagai bentuk sosial dapat dilakukan, misalnya dengan unjuk rasa, memboikot, dan pemogokan.

Menurut Notoatmodjo (2012), dalam hubungannya dengan fasilitas dan tenaga kesehatan, partisipasi masyarakat dapat diarahkan untuk mencukupi kelangkaan sumber daya tersebut. Dengan kata lain, partisipasi masyarakat dapat menciptakan fasilitas dan tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan/program kesehatan yang diciptakan dengan adanya partisipasi masyarakat didasarkan kepada idealisme:

1. *Community felt need*

Apabila pelayanan atau program itu diciptakan oleh masyarakat sendiri, ini berarti bahwa masyarakat itu memerlukan pelayanan tersebut. Sehingga adanya pelayanan kesehatan bukan karena diturunkan dari atas, yang belum dirasakan perlunya, tetapi tumbuh dari bawah yang diperlukan masyarakat dan untuk masyarakat.

2. Organisasi pelayanan atau program kesehatan masyarakat yang berdasarkan partisipasi masyarakat adalah salah satu bentuk pengorganisasian masyarakat. Hal itu berarti bahwa fasilitas pelayanan kesehatan itu timbul dari masyarakat sendiri.

3. Pelayanan kesehatan tersebut akan dikerjakan oleh masyarakat sendiri. Artinya tenaga dan penyelenggaraannya akan ditangani oleh anggota masyarakat itu sendiri yang dasarnya sukarela, di bawah bimbingan petugas kesehatan setempat.

E. Elemen Partisipasi Masyarakat dalam Kesehatan

Suatu partisipasi masyarakat dalam kesehatan memiliki elemen-elemen tertentu baik yang mendukung maupun motif berpartisipasi dan ini menjadi bagian yang sangat penting dalam mewujudkan suatu ketercapaian pemberdayaan. Elemen dapat juga diartikan sebagai bagian-bagian tertentu bersifat substansial yang memang sifatnya dapat mendukung dan memengaruhi pemberdayaan masyarakat untuk kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2012), elemen-elemen partisipasi masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Motivasi

Persyaratan utama untuk masyarakat berpartisipasi adalah motivasi. Tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berpartisipasi di segala program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya menstimulasi saja. Untuk itu maka pendidikan sangat diperlukan dalam rangka merangsang tumbuhnya motivasi.

2. Komunikasi

Suatu komunikasi yang baik adalah yang dapat menyampaikan pesan, ide, dan informasi kepada masyarakat. Media massa seperti TV, radio, poster, film, dan sebagainya. Sebagian adalah sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang akhirnya dapat menimbulkan partisipasi.

3. Kooperasi

Kerja sama dengan instansi-instansi di luar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Terjemahannya *team work* antarmereka ini akan membantu menumbuhkan partisipasi.

4. Mobilisasi

Partisipasi masyarakat dimulai seawal mungkin sampai ke akhir mungkin dan identifikasi masalah, menentukan prioritas, perencanaan, program, pelaksanaan, sampai dengan *monitoring* dan

program. Juga tidak hanya terbatas pada bidang kesehatan saja, melainkan bersifat multidisiplin. Partisipasi adalah juga sebagai gerakan masyarakat menuju masyarakat sehat.

Pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu sebagai proses dan sebagai hasil. Sebagai hasil, pemberdayaan masyarakat adalah suatu perubahan yang signifikan dalam aspek sosial politik yang dialami oleh individu dan masyarakat, yang sering kali berlangsung dalam waktu yang cukup panjang, bahkan sering kali lebih 7 tahun (Raeburn,1993). Selain kutipan di atas Kriantono juga mengutip beberapa komponen proses dalam pemberdayaan kesehatan sebagaimana disandarkan pada pendapat Jackson (1989), Labonte (1994), dan Rissel (1994) mengatakan, pemberdayaan masyarakat melibatkan beberapa komponen berikut, yaitu:

- a. Pemberdayaan personal.
- b. Pengembangan kelompok kecil.
- c. Pengorganisasian masyarakat.
- d. Kemitraan.
- e. Aksi sosial dan politik.

Pemberdayaan masyarakat mempunyai spektrum yang cukup luas, meliputi jenjang sasaran yang diberdayakan (*level of objects*), kegiatan internal masyarakat komunikasi maupun eksternal berbentuk kemitraan (*partnership*) dan jejaring (*networking*) serta dukungan dari atas berbentuk kebijakan politik yang dapat mendukung kelestarian pemberdayaan. Untuk itu, Kriantono menyatakan maka pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan dengan mengikuti langkah-langkah:

1. Merancang keseluruhan program, termasuk di dalamnya kerangka waktu kegiatan, ukuran program, serta memberikan perhatian kepada kelompok masyarakat yang terpinggirkan. Perancangan program dilakukan dengan melakukan pendekatan partisipatoris, di mana antara agen perubahan (pemerintah dan LSM) dan masyarakat bersama-sama menyusun perencanaan. Perencanaan partisipatoris (*participatory planning*) dapat mengurangi konflik yang mungkin muncul antara dua pihak tersebut selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi. Sering terjadi apabila

suatu kegiatan berhasil, banyak pihak bahkan termasuk yang tidak berpartisipasi, berebut saling claim tentang peran diri maupun kelompoknya. Sebaliknya jika program tidak berhasil, individu maupun kelompok bahkan yang sebenarnya juga berkontribusi atas kegagalan tersebut, saling menyalahkan.

Pada tahap merancang keseluruhan program juga diorganisasi berbagai sumber daya material, keuangan, sumber daya manusia, dan berbagai pengetahuan yang ada, yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program.

Pemberdayaan sebagai proses yang bertahap memanfaatkan perubahan sosial, ekonomi, dan politik untuk meningkatkan kualitas hidup seluruh anggota masyarakat. Pemberdayaan membutuhkan waktu yang lebih lama daripada upaya promosi kesehatan. Untuk masyarakat yang sudah mapan, pemberdayaan membutuhkan waktu yang lebih singkat daripada masyarakat yang belum mapan.

Banyak program memperdayakan yang dimulai dari kebutuhan nyata di masyarakat. Program-program seperti ini banyak memiliki kemampuan untuk melaksanakan program-program tersebut. Adapun program berskala besar juga membutuhkan kemampuan masyarakat yang besar. Keterampilan yang dibutuhkan juga banyak dan bervariasi. Oleh karenanya, Gruber dan Trickett (1987) dan Barr (1995) menyarankan agar program pemberdayaan sebaiknya difokuskan pada program kecil pada sebagian kecil masyarakat.

Perencana program pemberdayaan harus memperhatikan adanya kelompok masyarakat yang terpinggirkan (termarginalisasi). Marginalisasi adalah suatu proses sejarah masyarakat yang kompleks, yang memuat mereka tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi berbagai kebutuhannya, tidak mempunyai akses yang memadai terhadap sumber daya. Untuk menghindari agar kelompok ini tidak semakin terpinggirkan, diperlukan perencanaan yang lebih komprehensif.

2. Menetapkan tujuan. Tujuan promosi kesehatan biasanya dikembangkan pada tahap perencanaan dan biasanya berpusat pada mencegah penyakit, mengurangi kesakitan dan kematian, dan manajemen gaya hidup melalui upaya perubahan perilaku secara

spesifik berkaitan dengan kesehatan. Adapun tujuan pemberdayaan biasanya berpusat pada bagaimana masyarakat dapat mengontrol keputusannya yang berpengaruh pada kesehatan dan kehidupan masyarakatnya.

3. Memilih strategi pemberdayaan. Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses yang terdiri dari lima pendekatan, yaitu: pemberdayaan, pengembangan kelompok kecil, pengembangan dan penguatan pengorganisasian masyarakat, pengembangan dan penguatan jaringan antarorganisasi, dan tindakan politik. Strategi pemberdayaan meliputi: pendidikan masyarakat, fasilitasi kegiatan yang berasal dari masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai prasyarat pokok tumbuhnya tanggung jawab sebagai anggota masyarakat (*community responsibility*), fasilitasi upaya mengembangkan jejaring antar masyarakat, serta advokasi kepada pengambil keputusan (*decision maker*).
4. Implementasi strategi dan manajemen. Implementasi strategi serta manajemen program pemberdayaan dilakukan dengan cara: a) meningkatkan peran serta *stakeholder*; b) menumbuhkan kemampuan pengenalan masalah; c) mengembangkan kepemimpinan lokal; d) membangun keberdayaan struktur organisasi; e) meningkatkan mobilisasi sumber daya; f) memperkuat *stakeholder* untuk “bertanya mengapa?”; g) meningkatkan kontrol *stakeholder* atas manajemen program; dan h) membuat hubungan yang sepadan dengan pihak luar.
5. Evaluasi program. Pemberdayaan masyarakat dapat berlangsung lambat dan lama, bahkan boleh dikatakan tidak pernah berhenti sempurna. Sering terjadi, hal-hal tertentu yang menjadi bagian dari pemberdayaan baru tercapai beberapa tahun sesudah kegiatan selesai. Oleh karenanya, akan lebih tepat jika evaluasi diarahkan pada proses pemberdayaannya daripada hasilnya. Hal-hal yang dapat dievaluasi dalam pemberdayaan, di antaranya, a) jumlah anggota masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan; b) jumlah kegiatan yang bersifat pendekatan dari bawah (*bottom-up*); c) jumlah pelaku kegiatan yang merasa melakukan belajar sambil bekerja (*learning by doing*).

Berdasarkan pernyataan di atas bahwa setiap elemen selalu akan memengaruhi pemberdayaan kesehatan masyarakat. Elemen-elemen partisipasi bagaimana kesemuanya akan berfungsi untuk melakukan pendekatan proses dalam pemberdayaan kesehatan. Suatu hal yang sangat penting adalah dapat memanfaatkan semua elemen untuk bisa berfungsi secara maksimal.

DUNNMY

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

BAB 4

PEMBERDAYAAN KESEHATAN KEMITRAAN

A. Pendahuluan

Dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat itu tidaklah selalu harus dilakukan kemandirian oleh sebuah lembaga bersangkutan, tapi dapat saja dalam mempermudah akses mencapai tujuan pemberdayaan suatu lembaga dapat membangun kemitraan dengan lembaga lain yang mempunyai tujuan dan prinsip yang sama.

Kemitraan dapat diartikan sebagai sebuah bentuk kerja sama dari beberapa organisasi atau lembaga (misal antara Universitas Ubudiyah Indonesia dengan salah satu Dinas di Pemerintahan Aceh). Kemitraan bertujuan untuk saling mengisi atas sebuah kebutuhan dari salah satu organisasi, dan kemitraan tersebut dapat saja dilakukan dalam setiap pengembangan sumber daya manusia, atau pengiriman mahasiswa magang.

Kemitraan dilatarbelakangi karena saling ketergantungan antara satu organisasi dengan organisasi lainnya. Dan ketergantungan dilatarbelakangi oleh persamaan tujuan dan prinsip. Persamaan tujuan adalah adanya kesamaan yang dicapai melalui visi dari kedua lembaga tersebut. Sementara persamaan prinsip adalah dalam mencapai tujuan-tujuan organisasi dari kedua lembaga tersebut memiliki pendekatan dan metode yang sama dalam mencapainya.

Atas dasar persamaan tujuan dan prinsip kedua lembaga akan membangun kerja sama atau kemitraan dalam upaya-upaya mencapai visi dan misinya. Lebih dari itu, saling ketergantungan antara lembaga

tersebut juga didasari akan saling adanya persamaan keuntungan atau sesuatu hal yang mendasari mengapa perlu kemitraan itu dibangun.

Sebagai pendekatan proses dalam melaksanakan kemitraan itu, didahului dengan beberapa komitmen yang berupa hak dan kewajiban antar lembaga. Antara pihak ke satu dan kedua tersebut untuk saling melaksanakan tugas pokok dan kewajiban masing-masing berdasarkan komitmen bersama melalui suatu perjanjian kemitraan. Sebagai kunci keberhasilan dalam menjalankan kemitraan tersebut setiap waktu yang telah ditetapkan bersama selalu adanya evaluasi-evaluasi bersama dan ini akan selalu memberikan keefektifan dalam mencapai tujuan dari kedua organisasi yang bermitra.

B. Pengertian Kemitraan

Di atas telah disebutkan bahwa kemitraan itu adalah kerja sama antar dua lembaga yang mempunyai persamaan tujuan dan prinsip. Kemitraan dibangun dan dilandasi karena saling ketergantungan antar dua lembaga sebagaimana disebutkan di atas. Berbagai contoh kemitraan berikutnya banyak disebutkan bahwa kemitraan tersebut dapat dilakukan dalam berbagai bidang kehidupan sosial masyarakat dan merupakan hajat hidup orang banyak. Kemitraan dalam berbagai aspek seperti kerja sama latihan militer antar negara, kerja sama dalam pengembangan SDM aparatur sipil negara, kerjasama dalam bidang kesehatan, ekonomi, dan sebagainya.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 9 Tahun 1995 kemitraan adalah kerja sama usaha antara usaha kecil dan usaha menengah atau usaha besar disertai pembinaan dan pengembangan oleh usaha menengah atau usaha besar dengan memperhatikan prinsip saling memerlukan, saling memperkuat, dan saling menguntungkan.

Menurut Tugimin kerja sama adalah kegiatan atau usaha yang dilakukan oleh beberapa pihak secara bersama-sama dengan penuh tanggung jawab untuk mencapai hasil yang lebih baik daripada dikerjakan secara individu. Pernyataan tersebut memberikan suatu pemahaman bahwa kemitraan akan lebih memberikan manfaat besar bila dibandingkan hanya dilakukan oleh satu organisasi.

Menurut Notoatmodjo (2003), kemitraan adalah dikenal dengan istilah gotong royong atau kerja sama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok. Notoatmodjo juga menjelaskan kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu.

Menurut Muhammad Jafar Hafsah, kemitraan adalah suatu strategi bisnis yang dilakukan oleh dua pihak atau lebih dalam jangka waktu tertentu untuk meraih keuntungan bersama dengan prinsip saling membutuhkan dan saling membesarkan. Ditinjau dari pendapat ini, memang suatu kemitraan tidak terlepas dari kepentingan bisnis dan itu tidak bisa dipungkiri oleh siapa pun. Namun perkembangannya bagaimana kemitraan tersebut selain bermanfaat bagi kedua lembaga juga akan dinikmati oleh masyarakat pada umumnya.

Menurut Louis E. boone dan David L. Kurtz kemitraan juga termasuk *partnership* merupakan afiliasi dari dua atau lebih perusahaan dengan tujuan bersama, yaitu saling membantu dalam mencapai tujuan bersama. Pendapat Louis tersebut sebagaimana telah disebutkan di atas bahwa kemitraan untuk saling membantu mencapai tujuan bersama. Dengan melakukan kemitraan bahwa semua rencana yang berdasarkan pencapaian tujuan organisasi akan mudah terwujud.

Lan Lion mengatakan bahwa kemitraan adalah suatu sikap menjalankan bisnis yang diberi ciri dengan hubungan jangka panjang, suatu kerja sama bertingkat tinggi, saling percaya, di mana pemasok dan pelanggan berniaga satu sama lain untuk mencapai tujuan bisnis bersama. Dalam pandangan Lion tersebut disimpulkan bahwa suatu kemitraan dijalankan yang dilatarbelakangi oleh bisnis. Pernyataan Lion, dapat disimpulkan bahwa apa yang dilakukan suatu organisasi adalah hal menyangkut dengan ekonomi dan ini sebuah pandangan yang langsung memberikan arti makna tanpa multitafsir.

Notoatmodjo (2005) menyatakan, di Indonesia istilah kemitraan relatif baru, namun demikian praktiknya di masyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Misalnya, sejak nenek moyang kita telah dikenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya adalah kemitraan. Sebab, melalui kerja sama dari berbagai pihak, baik secara

individual maupun kelompok, mereka membangun jalan, jembatan, balai desa, pengairan, dan sebagainya. Kemudian gotong royong sebagai praktik “kemitraan individual” ini berkembang menjadi koperasi, koalisi, aliansi, jaringan, (*net working*), dan sebagainya. Istilah-istilah ini sebenarnya perwujudan dari kerja sama antarindividu, kelompok saling membantu, saling menguntungkan, dan bersama-sama meringankan dalam mencapai suatu tujuan yang telah disepakati bersama.

Dalam dunia bisnis, kata kemitraan sering diartikan sebagai *joint commercial ventures* atau lebih dikenal *joint venture*. Dalam kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus mengambil bagian dan tanggung jawab terhadap pencapaian tujuan yang disepakati bersama. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa “Kemitraan adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun bukan pemerintah, untuk bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan dalam kesepakatan prinsip dan peranan masing-masing”.

Suatu prinsip umum dapat dikatakan kemitraan adalah suatu kerja sama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam kerja sama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing anggota, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, saling berbagi (*sharing*) baik dalam risiko maupun dari keuntungan yang diperoleh.

Dari batasan ini terdapat 3 kata kunci dalam kemitraan, yakni:

- a. Kerja sama antara kelompok, organisasi, individu.
- b. Bersama-sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama).
- c. Saling menanggung risiko dan keuntungan.

Dari tiga kata kunci dalam kemitraan sebagaimana disebutkan pakar kesehatan di atas bahwa kemitraan dilakukan antara kelompok, organisasi, dan individu. Antara masing-masing unsur dalam kemitraan melakukan kesepakatan bersama dengan menuangkan beberapa pasal sebagai landasan untuk melakukan kewajiban masing-masing. Namun, dalam menanggung risiko salah satu pihak tidak dibenarkan hanya bisa melempar tanggung jawabnya yaitu tidak mau menerima risiko kerugian dari akibat perjanjian bersama. Dalam artian bahwa masing-

masing tidak hanya bersedia menerima keuntungan saja, akan tetapi risiko yang ditimbulkan dalam kemitraan harus dapat diterima oleh masing-masing pihak.

C. Persyaratan dalam Kemitraan

Suatu yang disebut kemitraan dilakukan minimal antar lembaga atau organisasi dan di dalamnya memiliki ketentuan-ketentuan dalam melaksanakan kemitraan tersebut. Hal tersebut mengingat kemitraan sebuah bentuk kerja sama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat di dalamnya harus adanya kerelaan diri untuk bekerja sama namun kerelaan ini berada pada prinsip dan aturan bersama atau kerelaan itu diikat oleh sebuah peraturan, dan melepaskan kepentingan masing-masing, guna membangun kepentingan bersama.

Dengan demikian dalam melakukan sebuah kemitraan adanya persyaratan-persyaratan yang harus dipenuhi dua belah pihak, adapun menurut Notoatmodjo (2005) bahwa persyaratan kemitraan kesehatan tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Persyaratan kemitraan:
 - a. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan: dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatu masalah, niscaya kemitraan tidak dapat terjadi. Agar terjadi kemitraan di kesehatan, maka sektor kesehatan harus mampu menimbulkan perhatian terhadap masalah kesehatan bagi sektor-sektor lain nonkesehatan. Menimbulkan perhatian dan kepentingan terhadap masalah kesehatan bagi sektor lain ini dapat terwujud dengan upaya-upaya informasi dan advokasi kepada sektor-sektor lain secara intensif.
 - b. Saling mempercayai dan saling menghormati
Kepercayaan (*trust*) adalah merupakan modal dasar bagi setiap relasi atau hubungan antar manusia. Apabila seseorang tidak mempercayai orang lain, sudah pasti tidak akan terjadi hubungan yang baik di antara mereka. Demikian pula kemitraan akan terjadi apabila di antara mitra tersebut terjadi

saling mempercayai dan saling menghormati. Oleh sebab itu, dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan, sektor kesehatan hendaknya mengembangkan kepercayaan bagi para anggota atau mitra tersebut.

- c. Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan

Kemitraan bukanlah sekadar untuk mencari dukungan dana, melainkan yang lebih penting adalah mewujudkan kebersamaan antara anggota atau mitra untuk menghasilkan sesuatu yang menuju ke arah perbaikan kesehatan masyarakat pada khususnya, dan kesejahteraan masyarakat pada umumnya. Menumbuhkan kesadaran pentingnya arti kemitraan bagi para mitra di bidang kesehatan dapat dilakukan baik melalui informasi-informasi maupun advokasi kepada para mitra atau calon mitra tersebut.

- d. Harus adanya kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai yang sama.

Dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan, maka masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai yang sama tentang kesehatan. Dengan adanya visi dan misi yang sama maka akan memudahkan timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi suatu masalah bersama. Memiliki kebutuhan yang sama adalah merupakan landasan kuat untuk membina dan mengembangkan kemitraan. Komitmen tersebut harus meliputi semua tingkatan organisasi yang bermitra, bukan saja bagi penentu kebijakan, tetapi juga bagi para petugas lapangan.

- e. Harus berpijak pada landasan yang sama

Prinsip yang perlu dibangun dalam kemitraan bidang kesehatan adalah bahwa kesehatan adalah merupakan aspek yang paling utama dalam kehidupan manusia. Oleh sebab itu, sektor kesehatan harus mampu meyakinkan kepada sektor lain atau mitra akan ungkapan yang mengatakan *health is not everything, but without health everything is nothing*. Hal ini berarti, sektor kesehatan harus mampu meyakinkan mitra yang lain bahwa meskipun kesehatan bukan segala-galanya, namun tanpa kesehatan semuanya tidak ada artinya. Apabila semua mitra

telah mempunyai pemahaman seperti ini, maka kemitraan di bidang kesehatan sudah berada dalam landasan yang sama.

f. Kesediaan untuk berkorban

Dalam membangun kemitraan untuk mencapai tujuan bersama sudah pasti memerlukan sumber daya, baik tenaga dana, dan sarana. Sumber daya ini dapat berasal dari masing-masing mitra, tetapi juga dapat diupayakan bersama. Dengan demikian jelas bahwa untuk mencapai tujuan bersama, diperlukan pengorbanan dari masing-masing anggota atau mitra. Pengorbanan ini dapat dalam bentuk tenaga, pikiran, dana atau biaya, materi, ataupun sekurang-kurangnya waktu. Pengorbanan ini harus dipahami dan dimaklumi oleh semua anggota yang terjalin dalam kemitraan tersebut.

Dalam suatu kemitraan persyaratan-persyaratan di atas minimal haruslah dipenuhi antara dua belah pihak yang melakukan kemitraan. Karena persyaratan adalah sebagai kunci dan sebagai dasar untuk saling menerima dan dapat dilakukannya kemitraan. Dengan demikian persyaratan-persyaratan kemitraan adalah sebagai dasar awal bersifat wajib yang dipenuhi terlebih dahulu barulah ke depannya dilaksanakan kemitraan.

D. Landasan dan Prinsip Pemberdayaan Melalui Kemitraan

1. Landasan Kemitraan Pemberdayaan Kesehatan

Landasan kemitraan merupakan dasar kuat dalam membangun kerja sama antara pihak ke satu dan pihak ke dua. Kerja sama adalah sebagai bentuk wujud dalam mencapai tujuan-tujuan pemberdayaan. Menurut Notoatmodjo (2005) bahwa dalam membangun kemitraan dengan mitra-mitra atau calon-calon mitra perlu dilandasi dengan “tujuh saling”, yakni:

a. Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing (*structure*)

Kemitraan sebagai suatu organisasi jejaring kerja sudah barang tentu masing-masing anggota mempunyai peran dan fungsi yang berbeda. Hal tersebut harus dipahami oleh semua anggota, agar

jangan sampai timbul kesan anggota yang satu di bawah yang lain, atau anggota yang satu diperintah oleh anggota lain, dan sebagainya.

- b. Saling memahami kemampuan masing-masing anggota (*capacity*)
Perlu disadari bahwa kemampuan masing-masing anggota atau mitra itu berbeda, meskipun dalam kesetaraan. Oleh sebab itu, apabila dalam rangka kemitraan tersebut diperlukan kontribusi tersebut akan menimbulkan perbedaan kuantitas maupun kualitasnya. Hal itu wajar karena prinsip kemitraan adalah “mengambil bagian” dalam setiap upaya mencapai tujuan bersama, sesuai dengan kemampuan masing-masing anggota.
- c. Saling menghubungi (*linkage*)
Terhenti atau tidak berjalannya suatu organisasi apa pun sering terjadi karena tersumbatnya saluran komunikasi di antara anggota organisasi tersebut. Demikian pula dalam kemitraan, diperlukan komunikasi yang efektif di antara anggota atau mitra tersebut. Salah satu saluran komunikasi atau terjadinya “saling menghubungi” di antara mitra adalah dengan adanya pertemuan atau rapat rutin kemitraan.
- d. Saling mendekati (*proximity*)
Dalam kekeluargaan atau pertemanan (*friendship*) kedekatan antara anggota keluarga atau antara teman adalah mutlak diperlukan. Dalam kedekatan satu dengan yang lainnya, akan saling memahami, atau saling mengenal satu dengan yang lainnya, baik kelemahan, maupun kekuatan masing-masing anggota. Demikian pula dalam kemitraan, maka kedekatan di antara anggota atau mitra adalah salah satu persyaratan untuk memahami masing-masing anggota. Oleh sebab itu, masing-masing anggota harus berupaya saling mendekati.
- e. Saling terbuka dan bersedia membantu (*openess*)
Seperti telah disebutkan di atas, bahwa dalam kemitraan selalu ada peran dan fungsi masing-masing anggota atau mitra. Dalam rangka mencapai tujuan atau program bersama, sudah barang tentu peran dan fungsi masing-masing anggota terkait dan diketahui satu sama lain. Oleh sebab itu akan selalu terjadi mekanisme saling terbuka

- dan membantu untuk terwujudnya tujuan atau cita-cita bersama.
- f. Saling mendorong dan saling mendukung (*sinergy*)
- Seperti halnya dalam organisasi, sering terjadi anggota yang kurang semangat, tetapi sebaliknya ada yang sangat aktif dan bersemangat. Demikian pula kemitraan apa pun, sifat-sifat masing-masing anggota seperti itu juga muncul. Apabila terjadi gejala seperti ini, maka setiap anggota atau mitra harus saling mendorong dan saling mendukung, bagi yang memerlukan dorongan demi tercapai tujuan bersama.
- g. Saling menghargai (*reward*)
- Persahabatan sejati adalah apabila terjadi saling harga-menghargai di antara mereka. Dalam suatu kemitraan hal ini juga harus terjadi. Seberapa kecil pun peran dan kontribusi anggota suatu kemitraan perlu dihargai oleh anggota atau mitra yang lain. Oleh sebab itu, para anggota atau mitra suatu kemitraan harus saling menghargai.

2. Prinsip Kemitraan dalam Pemberdayaan Kesehatan

Kemitraan adalah salah satu bentuk kerja sama yang konkret dan solid. Oleh sebab itu, dalam membangun sebuah kemitraan ada 3 prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota atau mitra tersebut, yakni:

- a. Kesetaraan (*equity*)
- Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalani kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi” dengan yang lain. Bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi, dan bagaimana kecilnya suatu institusi atau organisasi, apabila sudah bersedia untuk menjalani kemitraan harus merasa setara atau sama tingkatnya. Oleh sebab itu, di dalam forum kemitraan asas demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi, dan tidak ada dominasi terhadap yang lain. Dalam mengambil keputusan dalam rangka tujuan bersama, masing-masing anggota atau mitra mempunyai hak dan suara yang sama.

b. Keterbukaan (*transparency*)

Keterbukaan dalam arti: apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang terjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Maksudnya bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lain, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain, sehingga tidak ada yang saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini, akan menimbulkan saling melengkapi dan saling membantu di antara anggota (mitra). Hal ini bukan untuk menentukan besarnya kontribusi masing-masing mitra, tetapi lebih untuk memahami kekuatan dan kelemahan masing-masing mitra. Sehingga seandainya ada mitra yang akan berkontribusi yang lebih besar atau lebih kecil dalam rangka mencapai tujuan bersama, akan saling memahaminya.

c. Saling menguntungkan (*mutual benefit*)

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dalam materi atau uang, tetapi lebih kepada nonmateri. Saling menguntungkan di sini dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama. Ibarat mengangkat barang atau beban 50 kg, diangkat secara bersama-sama 4 orang jelas lebih ringan apabila dibandingkan dengan hanya diangkat seorang. Upaya promosi kesehatan dalam suatu komunitas tertentu, jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kemitraan beberapa institusi atau organisasi, bila dibandingkan dengan hanya oleh satu institusi saja. Demikian upaya pemecahan kesehatan masyarakat secara bersama-sama dalam bentuk kemitraan akan lebih efektif, bila dibandingkan dengan kalau hanya dilakukan oleh kesehatan sendiri.

Kemitraan memiliki beberapa prinsip dalam pelaksanaannya. Wibisono merumuskan ada tiga prinsip penting dalam kemitraan, yaitu:

1. Kesetaraan atau keseimbangan (*equity*)

Pendekatannya bukan *top down* atau *bottom up*, bukan juga berdasarkan kekuasaan semata, namun hubungan yang saling menghormati, saling menghargai, dan saling percaya. Untuk

menghindari antagonisme perlu dibangun rasa saling percaya. Kesetaraan meliputi adanya penghargaan, kewajiban, dan ikatan.

2. Transparansi

Transparansi diperlukan untuk menghindari rasa saling curiga antar mitra kerja. Meliputi transparansi pengelolaan informasi dan transparansi pengelolaan keuangan.

3. Saling menguntungkan

Suatu kemitraan harus membawa manfaat bagi semua pihak yang terlibat. Prinsip di atas memengaruhi setiap kemitraan yang dilakukan.

DUNIA

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

BAB 5

ADVOKASI PEMBERDAYAAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Dalam proses pemberdayaan kesehatan masyarakat oleh suatu lembaga baik itu melalui kemitraan atau dilaksanakan oleh mandiri lembaga bersangkutan tidaklah selalu berjalan dengan mulus akan tetapi selalu ada tahapan-tahapan yang akan dilalui dan itu membutuhkan bantuan dalam mengatasi sejumlah masalah yang dihadapinya.

Sejumlah kasus yang terjadi dalam pemberdayaan misal adalah membutuhkan pendekatan khusus bagi masyarakat atau sebelum pemberdayaan dilakukan perlu adanya proses sosialisasi. Namun sosialisasi tersebut tidaklah juga berjalan dengan mulus sehingga membutuhkan pendekatan strategis sehingga menemukan jalan terbaik untuk pemberdayaan itu ke depannya.

Selain itu, ada peraturan-peraturan khusus yang bisa saja bertentangan dengan waktu atau jadwal dan hal tersebut membutuhkan layanan advokasi. Dalam advokasi ini sudah barang tentu harus diberikan atau dipercayakan kepada orang yang memahami negosiasi atau hukum, di mana ia sebagai wakil lembaga dalam mengatasi masalah-masalah itu. Dengan demikian kehadiran advokasi ini adalah sebagai upaya untuk membantu masalah-masalah yang dihadapi organisasi pada umumnya.

B. Pengertian Advokasi

Di dalam Ilmu Kesehatan, advokasi digunakan sebagai sebuah strategi atau upaya pendekatan terhadap suatu program atau kegiatan untuk

mencapai visi dan misi secara efektif. Di dalam pemberdayaan kesehatan advokasi tersebut digunakan untuk mencapai keberhasilan suatu program atau kegiatan.

Menurut Notoatmodjo (2012), advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (*approchesi*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, yang menjadi sasaran atau target *advocacy* adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja, baik di lingkungan pemerintah maupun swasta, serta organisasi kemasyarakatan. Dari segi komunikasi *advocacy* adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decision makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial. Di sektor kesehatan, dalam konteks pembangunan nasional, sasaran *advocacy* adalah pemimpin eksekutif, termasuk presiden dan para pemimpin sektor lain yang terkait dengan kesehatan dan lembaga legislatif.

Menurut Maulana (2009), advokasi merupakan upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholder*). WHO (1989) dikutip dalam UNFPA dan BKKBN (2002) yang artinya advokasi adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan sistem yang mendukung tujuan atau program kesehatan tertentu.

Maulana (2009) juga menambahkan, advokasi adalah upaya pendekatan kepada pemimpin atau pengambil keputusan supaya dapat memberikan dukungan, kemudahan, dan semacamnya pada upaya pembangunan kesehatan.

C. Prinsip Advokasi Pemberdayaan Kesehatan

Dikatakan prinsip advokasi pemberdayaan kesehatan apabila ia mempunyai perhitungan terhadap keefektifan yang dicapai advokasi. Apabila advokasi gagal maka telah bertentangan prinsip advokasi itu sendiri. Sementara prinsip untuk mencapai keefektifan tujuan adalah sasaran dari yang ingin dicapai advokasi.

Di bawah ini ada beberapa prinsip utama yang dijadikan sebagai pedoman di dalam melakukan advokasi kesehatan masyarakat:

1. Realistis

Di dalam memilih isu dan agenda yang realistis, janganlah membuang waktu kita untuk sesuatu yang tidak akan mungkin tercapai.

2. Sistematis

Di dalam proses advokasi kita memerlukan perencanaan yang akurat, persiapkan informasi semenarik mungkin dan libatkan media yang efektif.

3. Taktis

Advokasi tidak akan mungkin bekerja dengan sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya.

4. Strategis

Kita dapat melakukan perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategi jitu agar advokasi berjalan dengan sukses.

5. Berani

Jadikan isu dan strategi sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda bersama.

Dari uraian di atas menunjukkan bahwa advokasi sangat berperan dalam melakukan berbagai kegiatan atau program. Bertujuan untuk mewujudkan suatu program atau kegiatan yang efektif. Notoatmodjo (2012) menyebutkan, prinsip-prinsip advokasi akan membahas tentang tujuan, kegiatan, dan argumentasi-argumentasi advokasi, antara lain sebagai berikut:

1. Tujuan advokasi

Dari batasan advokasi, secara inklusif terkandung tujuan-tujuan advokasi, yakni:

a. Komitmen politik (*political commitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di tingkat dan di sektor manapun sangat diperlukan terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan kesehatan. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh

kekuasaan politik yang sedang berjalan. Oleh sebab itu pembangunan di sektor kesehatan juga tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif di negara manapun ditentukan oleh proses politik, tertuma hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau. Seberapa jauh komitmen politik para eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan masyarakat, ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah-masalah kesehatan.

- b. Dukungan kebijakan (*policy support*)
Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau sebagainya.
- c. Dukungan masyarakat (*social acceptance*)
Dukungan masyarakat berarti diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apa pun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu apabila suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat.
- d. Dukungan sistem (*system support*)
Agar suatu program atau kegiatan berjalan dengan baik, perlu adanya sistem, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas yang mendukungnya. Oleh sebab itu sistem kerja atau organisasi kerja yang melibatkan kesehatan perlu dikembangkan. Mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya pun harus bersama-sama dengan sektor lain.

Sasaran utama advokasi adalah para pembuat dan penentu kebijakan (*policy makers*) dan para pembuat keputusan (*decision makers*) pada masing-masing tingkat administrasi pemerintah, dengan maksud agar mereka menyadari bahwa kesehatan

merupakan aset sosial, politik, ekonomi, dan sebagainya. Oleh sebab itu dengan memprioritaskan kesehatan, akan mempunyai dampak peningkatan produktivitas masyarakat secara sosial dan ekonomi.

2. Kegiatan advokasi

Cara atau bentuk-bentuk advokasi untuk mencapai tujuan itu bermacam-macam, antara lain:

a. Lobi politik (*political lobbying*)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah serta program kesehatan yang akan dilaksanakan. Tahap pertama lobi adalah petugas kesehatan menyampaikan keseriusan masalah kesehatan yang dihadapi wilayah kerjanya, dan dampak terhadap kehidupan masyarakat. Kemudian disampaikan alternatif terbaik untuk memecahkan atau menanggulangi masalah tersebut.

b. Seminar atau presentasi

Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian masalah tersebut dibahas bersama-sama, dan diharapkan akan diperoleh dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

c. Media

Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Melalui media cetak maupun media elektronik, permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat, dan sebagainya.

d. Perkumpulan (asosiasi) peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah juga merupakan bentuk advokasi.

3. Argumentasi advokasi

Di bawah ini akan dijelaskan beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi, antara lain sebagai berikut:

- a. Meyakinkan (*credible*)
Program yang akan ditawarkan harus meyakinkan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Agar program tersebut dapat meyakinkan harus didukung oleh data dan sumber yang dapat dipercaya.
- b. Layak (*feasible*)
Program yang diajukan tersebut, baik secara teknik, politik maupun ekonomi, dimungkinkan atau layak. Layak secara teknik (*feasible*) artinya program tersebut dapat dilaksanakan. Petugas mempunyai kemampuan yang cukup, sarana, prasarana pendukung tersedia. Layak secara politik artinya program tersebut tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Layak secara ekonomi artinya didukung oleh dana yang cukup, dan apabila program adalah program pelayanan, masyarakat mampu membayarnya.
- c. Relevan (*relevant*)
Program yang diajukan tersebut paling tidak harus mencakup dua kriteria, yaitu: memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat. Semua pejabat di semua sektor setuju bahwa tugas mereka adalah menyelenggarakan pelayanan masyarakat untuk mencapai kesejahteraan.
- d. Penting (*urgent*)
Program yang diajukan tersebut harus mempunyai urgensi yang tinggi dan harus segera dilaksanakan, kalau tidak akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi.
- e. Prioritas tinggi (*high priority*)
Program yang diajukan tersebut harus mempunyai prioritas yang tinggi. Agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut mempunyai prioritas tinggi, diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalah atau program yang akan diajukan.

D. Studi Dasar Advokasi Kesehatan

Studi dasar dalam advokasi kesehatan dapat diartikan sebuah bentuk penetapan-penetapan awal yang dalam hal ini masuk dalam wilayah perencanaan. Di mana beberapa dasar pokok tersebut harus sudah ditetapkan melalui suatu kajian strategis sehingga pada tahap melakukan tindakan advokasi berikutnya telah memiliki dasar-dasar kuat, baik dari segi studi pendahuluan, pelaksanaan, dan evaluasinya.

Beberapa studi dasar advokasi dalam kesehatan masyarakat ini dapat disandarkan melalui pendapat Pratomo (2005) yaitu sebagai berikut:

1. Penetapan tujuan advokasi

Dalam penetapan tujuan sering kali masalah kesehatan masyarakat sangat kompleks, banyak faktor dan saling berpengaruh. Agar upaya advokasi dapat berhasil, tujuan advokasi perlu dibuat lebih spesifik berdasarkan pernyataan berikut: apakah isu atau masalah itu dapat menyatukan atau membuat berbagai kelompok bersatu dalam suatu koalisi yang kuat? Apakah tujuan advokasi dapat dicapai? Apakah tujuan advokasi memang menjawab permasalahan?

2. Pemanfaatan data dan riset untuk advokasi

Adanya data dan riset pendukung sangat penting agar keputusan dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Oleh karena itu, data dan riset mungkin diperlukan dalam menentukan masalah yang akan diadvokasi, identifikasi solusi pemecahan masalah maupun menentukan tujuan yang realistis. Selain itu, adanya data atau fakta itu saja sering sekali sudah menjadi argumen yang sangat persuasif. Setelah diperoleh data, apakah tujuan umum dapat dicapai secara realistis? Data apa yang dapat digunakan untuk mendukung argumentasi advokasi yang dirancang?.

3. Identifikasi khalayak sasaran advokasi

Bila bisu dan telah disusun, upaya advokasi harus ditujukan bagi kelompok yang dapat membuat keputusan dan idealnya ditujukan bagi orang yang berpengaruh dalam pembuatan keputusan, misalnya staf, penasihat, orang tua yang berpengaruh, media massa, dan masyarakat. Siapa saja yang membuat keputusan agar tujuan advokasi dapat dicapai? Siapa dan pengaruh apa dari pembuat keputusan ini perlu dipelajari.

4. Pengembangan dan penyampaian pesan advokasi
Khalayak sasaran berbeda bereaksi tidak sama atas pesan yang berbeda. Seorang tokoh politik mungkin termotivasi kalau dia mengetahui bahwa banyak dari kontituen yang diwakilinya peduli terhadap masalah tertentu. Seorang menkes mungkin akan mengambil keputusan ketika kepada yang bersangkutan disajikan data rinci mengenai besarnya masalah kesehatan tertentu. Jadi penting diketahui, pesan apa yang diperlukan agar khalayak sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator?
5. Membangun koalisi
Sering kali kekuatan sebuah advokasi dipengaruhi oleh jumlah orang atau organisasi yang mendukung advokasi tersebut. Hal ini sangat penting di mana situasi di negara tertentu sedang membangun masyarakat demokrasi dan advokasi merupakan suatu hal yang relatif baru. Dalam situasi ini melibatkan orang dalam jumlah besar dan mewakili berbagai kepentingan, sangat bermanfaat bagi advokasi maupun dukungan politik. Bahkan dalam suatu organisasi sendiri, koalisi internal yaitu melibatkan berbagai orang dari berbagai divisi/departemen dalam mengembangkan program baru, dapat membantu konsensus untuk aksi kegiatan. Pertimbangan siapa lagi yang dapat diajak bermitra dalam aliansi atau koalisi upaya advokasi yang dirancang?.
6. Membuat presentasi yang persuasif
Kesempatan untuk memengaruhi khalayak sasaran kunci sering terbatas waktunya. Seorang tokoh politik mungkin memberi kesempatan sekali pertemuan untuk mendiskusikan isu advokasi yang dirancang atau menkes hanya mempunyai waktu 5 menit dalam kongres untuk berbicara kepada kelompok advokator. Kecermatan dan kehati-hatian dalam menyiapkan argumen yang meyakinkan atau model/cara presentasi dapat mengubah kesempatan terbatas ini menjadi upaya advokasi yang berhasil. Apa yang akan disampaikan oleh kelompok advokator dan bagaimana penyampaian pesan tersebut menjadi penting.
7. Penggalangan dana untuk advokasi
Semua kegiatan termasuk upaya advokasi memerlukan dana. Mempertahankan upaya advokasi yang berkelanjutan dalam jangka

panjang memerlukan waktu, energi dalam penggalangan dana, atau sumber daya lain untuk menunjang upaya advokasi. Bagaimana kelompok advokator dalam menggalang dana atau sumber daya lain untuk upaya advokasi perlu menjadi pemikiran kelompok.

8. Evaluasi upaya advokasi

Dengan demikian bagaimanakah kelompok advokasi itu mengetahui bahwa tujuan advokasi yang telah ditetapkan akan dapat dicapai? Bagaimana strategi advokasi dapat disempurnakan dan diperbaiki? Untuk menjadi advokator yang tangguh diperlukan umpan balik berkelanjutan serta evaluasi atas upaya advokasi yang telah dilakukan.

E. Keberhasilan Advokasi dalam Pemberdayaan Kesehatan

Keberhasilan dalam pemberdayaan kesehatan tersebut, tidaklah selalu mulus akan tetapi selalu dihadapkan dengan beberapa rintangan, manakala rintangan itu menjadi suatu kendala dalam mencapai tujuan pemberdayaan kesehatan. Dari itu, banyak rintangan yang dihadapi di lapangan seperti menghadapi masyarakat sekitar, aturan hukum berlaku, dan sebagainya.

Menghadapi masyarakat suatu wilayah dalam promosi kesehatan memiliki banyak karakter yang ditemukan mulai dari adanya masyarakat mendukung program, menolak, dan/atau tidak memperhatikan sama sekali. Belum lagi misalnya adanya peraturan-peraturan yang dilalui, sehingga semuanya menggunakan pendekatan strategis dalam menyukkseskannya dan untuk mengatasi masalah-masalah di atas tentunya hanya dapat dilakukan melalui suatu proses advokasi.

Advokasi tidak harus dilakukan oleh sendiri para aktor pelaksana pemberdayaan kesehatan, tetapi kebanyakan dapat saja diwakilkan pada pihak lainnya yang memberi bantuan layanan advokasi dan pendekatan ini selalu dilakukan oleh setiap lembaga. Dari pernyataan di atas maka keberhasilan advokasi dalam pemberdayaan kesehatan itu membutuhkan pendekatan yang utama dalam hal advokasi.

Pendekatan utama advokasi pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat mengikuti suatu advokasi sebagaimana yang diberlakukan dalam (UNFPA dan BKKBN, 2002) dan ini, sampai sekarang masih menjadi

salah satu referensi ahli kesehatan untuk melakukan advokasi, di antaranya yaitu:

1. Membangun kemitraan

Di atas telah dibahas bahwa kemitraan suatu kerja sama yang dilakukan antara dua lembaga atau lebih dengan tujuan untuk mencapai visi secara bersama. Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi-organisasi, dan sektor lain yang bergerak dalam isu yang sama.

Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan mencapai tujuan umum yang sama/hampir sama. Namun membangun pengembangan kemitraan tidak mudah, memerlukan aktual, perencanaan yang matang, serta memerlukan penilaian kebutuhan serta minat dari calon mitra. Ada sejumlah keuntungan dan kerugian bila melakukan mitra yang perlu dipahami oleh advokator. Contoh kemitraan yang ada misalnya Forum Kesehatan Reproduksi Jakarta yang difasilitasi oleh JEN, Forum Kesehatan Meternal dan Neonatal yang difasilitasi oleh Kelompok Perinasia, dan sebagainya (Pratomo, 2005).

2. Mobilisasi massa

Selanjutnya Pratomo, menyatakan memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok-kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar motivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif. Di sini dapat digunakan berbagai teknik untuk mobilisasi massa misalnya pertemuan desa, media tradisional, teater, kegiatan promosi lainnya. Pada tahap pertama mungkin perlu melibatkan orang berpengaruh, misalnya tokoh masyarakat atau pemuka masyarakat dan mereka perlu diidentifikasi serta diberi informasi tentang isu advokasi yang dipilih.

3. Melibatkan para pemimpin

Dalam advokasi peran pemimpin mampu mendorong percepatan suatu proses advokasi. Pendekatan pemimpin dalam hal ini memberikan kontribusi dalam mengatasi suatu masalah yang

berhubungan dengan pemberdayaan itu. Besar sekali peran perlibatan pemimpin dalam mendesain proses advokasi tersebut. Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pimpinan politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan publik sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah sosial termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu, sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.

Dalam hal ini, mereka dapat didekati secara formal maupun informal melalui kunjungan individu, wawancara, dialog, seminar, atau diskusi. Apabila mereka anggota DPR/ DPRD maka secara formal dapat diatur pertemuan dengan legislatif atau parlemen yang merupakan pekerjaan sehari-hari mereka. Dalam melakukan advokasi masalah kesehatan reproduksi kepada anggota DPRD DKI maka kelompok jaringan epidemiologi lapangan melihat langsung masalah, misalnya ke Pukesmas, ke RS dengan diskusi pasca kunjungan Suryadi, 2003 (dalam Pratomo, 2005).

4. Bekerja dengan media massa

Komunikasi dengan media massa perlu dibangun tidak dalam pemberdayaan tetapi termasuk dalam advokasi ini. Oleh karena media massa itu sangat penting dalam berperan membentuk opini publik. Media juga sangat kuat dalam memengaruhi persepsi publik atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun, dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi. Berkaitan dengan media, perlu diidentifikasi mitra media massa baik tingkat lokal, nasional, bahkan internasional. Kenali siapa wartawan yang sering menulis isu kesehatan di lingkungan anda atau pada media massa tertentu. Lakukan identifikasi berbagai jenis media massa dan jaringan organisasinya, misalnya Aliansi Jurnalis Independen (AJI), PWI, termasuk Persatuan Siaran Swasta Nasional Indonesia (PRSSNI), dan sebagainya.

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas dapat diartikan membangun kemampuan diri baik individu maupun lembaga bermitra. Membangun

kapasitas di sini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif dan membangun *critical mass* pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain. Dalam hal ini pilihan tidak terbatas hanya dalam bidang kesehatan misalnya WALHI yang bergerak dalam isu lingkungan, kelompok advokasi kemiskinan sipil yang demokrasi (Yappika), dan koalisi untuk Indonesia Sehat (advokasi kesehatan dalam desentralisasi).

Secara umum kegiatan membangun kapasitas dapat dilakukan dengan pelatihan dan pemberian bantuan teknis yang dilakukan oleh satu organisasi tertentu, misalnya dengan membantu Asia Foundation, kelompok LSM JNPUK melakukan pelatihan advokasi untuk LSM lain pada bulan Februari 2005 selama 5 hari dalam rangka membangun kapasitas LSM kesehatan. Selain itu, dapat juga dilakukan dengan melakukan riset operasional yaitu intinya mencoba pendekatan dan strategi baru untuk melihat cara apa yang paling efektif untuk mencapai hasil dan pengaruh yang diharapkan. Bila pengalaman ini berhasil maka dapat dimanfaatkan di bidang lain yang terkait (Pratomo, 2005).

Keberhasilan advokasi akan terwujud apabila sedikit banyaknya menggunakan pendekatan sebagaimana beberapa hal yang telah disebutkan di atas. Artinya pendekatan yang dimaksudkan akan membantu upaya tujuan kemitraan dalam suatu advokasi. Dengan demikian juga advokasi dilakukan berdasarkan untuk mengatasi masalah-masalah sebagaimana disebutkan di atas apakah layanan hukum, penolakan dari masyarakat, dan ini perlu diatasi melalui suatu advokasi.

BAB 6

KOMUNIKASI PEMBERDAYAAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat, komunikasi adalah bentuk penyampaian pesan dari komunikator untuk komunikan atau penerima pesan. Komunikasi itu dilangsungkan dalam bentuk saling memberi dan menerima antara pemberi dan penerima pesan. Dalam berkomunikasi tersebut akan berlangsung interaksi yang di dalamnya terbangun saling bertukar informasi dan bukan sebatas menyampaikan pesan, tetapi ada umpan balik yang berasal dari komunikan.

Sering dipahami bahwa komunikasi dalam pemberian informasi hanya dari sebelah pihak komunikator yang dalam hal ini adalah pihak yang memberikan informasi pemberdayaan kesehatan itu. Budaya atau kebiasaan seperti itu perlu dilakukan perubahan bahwa; tidak sebatas pihak yang memberi pesan saja yang memberikan informasi tetapi ada umpan balik yang diterima dari (dalam hal ini masyarakat) sehingga menghasilkan informasi pemberdayaan masyarakat yang berimbang.

Apabila dilihat dari jauh ruang komunikasi kesehatan selama ini antara lembaga yang memberdayakan dengan masyarakat sangat jauh jurang pemisahannya, yaitu masyarakat sebatas diajarkan ilmu kesehatan yang berbasis pendidikan dalam bentuk penyuluhan, dalam hal umpan balik tersebut masyarakat selalu berada dalam titik terendah, artinya kesempatan masyarakat menyampaikan pendapatnya ruang geraknya sedikit ditutup dan dibatasi, sehingga yang terjadi di masyarakat selalu ketinggalan informasi kesehatan.

Dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat, suatu komunikasi sebaiknya ruang diskusi dan penyampaian pendapat dan pengetahuan masyarakat harus dibuka lebar. Beberapa hal yang bersifat prinsipil yang dialami masyarakat tidak ada salahnya pihak komunikator membuka ruang gerak diskusi dan tanya jawab tentang kesehatan. Pendekatan yang demikian akan menghasilkan rekomendasi tindak lanjut untuk sebuah pemberdayaan kesehatan.

Oleh karena itu, sebagai upaya tercapainya pemberdayaan yang bermutu maka materi atau konsep komunikasi harus disusun sebaik mungkin dengan menggunakan berbagai metode dan pendekatan suatu komunikasi. Komunikasi yang efektif, akan membentuk keefektifan hasil komunikasi antara komunikator kesehatan dengan komunikan yaitu masyarakat yang diberdayakan. Pernyataan ini merupakan kunci dalam berhasilnya komunikasi kesehatan dalam pemberdayaan kepada masyarakat sebagai sasaran pemberdayaan.

B. Pengertian Komunikasi

Secara sederhana komunikasi diartikan sebagai penyampaian pesan dari komunikator kepada komunikan sebagai penerima pesan. Komunikasi dapat juga diartikan sebagai proses pemberian informasi yang dilihat dari dua sisi, sisi pertama hanya penyampaian pesan dan sisi kedua adanya umpan balik dari komunikan kepada komunikator. Umpan balik ini karena adanya informasi yang diberikan komunikan dan karena terbukanya ruang gerak dalam berkomunikasi.

Suatu komunikasi yang dibangun dengan baik oleh kedua belah pihak, jauh lebih baik daripada komunikan sebatas menerima pesan dari komunikator. Ditinjau dari sisi tersebut, maka masuk dalam tataran komunikasi terbaik dan merupakan prinsip komunikasi efektif. Komunikasi kesehatan yang efektif tersebut apabila komunikator bisa memadukan pendekatan komunikasi yaitu selain memberi informasi kesehatan sebaliknya diberikan ruang gerak kepada komunikan dalam menyampaikan pendapatnya terkait dengan informasi kesehatan yang selama ini ia terima dan dirasakan.

Sementara, Effendy (2008) membagi komunikasi secara umum ke dalam dua segi, yaitu:

1. Pengertian komunikasi secara etimologi

Secara etimologi atau asal usul katanya, istilah komunikasi itu berasal dari bahasa Latin *communication*, dan perkataan ini bersumber pada kata *communis*. Perkataan *communis* tersebut dalam bahasan ini sama sekali tidak ada kaitannya dengan partai komunis yang sering dijumpai dalam kegiatan politik. Arti *communis* di sini adalah *sama*, dalam arti kata *sama makna*, yaitu sama makna mengenai suatu hal. Lebih lanjut, Effendy menjelaskan bahwa komunikasi berlangsung apabila antara orang-orang yang terlibat terdapat kesamaan makna mengenai suatu hal yang dikomunikasikan. Jelasnya, jika seseorang mengerti tentang sesuatu yang dinyatakan orang lain kepadanya, mereka itu bersifat komunikatif. Sebaliknya jika ia tidak mengerti, komunikasi tidak berlangsung. Dengan kata lain, hubungan antara orang-orang itu tidak komunikatif.

2. Pengertian komunikasi secara terminologis

Secara terminologis komunikasi itu berarti proses penyampaian suatu pernyataan oleh seseorang kepada orang lain. Dari pengertian itu jelas bahwa komunikasi melibatkan sejumlah orang, di mana seseorang menyatakan sesuatu kepada orang lain. Jadi, yang terlibat dalam komunikasi adalah manusia. Komunikasi yang dimaksudkan di sini adalah komunikasi manusia (*human communication*), yang sering pula disebut komunikasi sosial atau *social communication*. Komunikasi manusia sebagai singkatan komunikasi antar manusia dan dinamakan sebagai komunikasi sosial atau komunikasi kemasyarakatan karena hanya manusia-manusia yang bermasyarakat terjadinya komunikasi. Masyarakat terbentuk dari yang paling sedikit dua orang yang saling berhubungan dengan komunikasi sebagai penjalannya.

Sedangkan pengertian komunikasi yang dirumuskan Clevenger (1959) bahwa komunikasi merupakan suatu terminologi yang merujuk pada suatu proses pertukaran informasi yang dinamis. Masing-masing pihak baik *source* maupun *receiver* terlibat dalam proses berbagi informasi. Situasi tersebut dapat dilihat dari interaksi sosial pekerja dan seorang perawat yang bekerja sama penyembuhan seorang pasien. Dan rumusan komunikasi berikutnya adalah berdasarkan pendapat Cherry

(1966) bahwa komunikasi sebagai proses elemen-elemen perilaku dengan kesepakatan yang ditetapkan bersama. Lebih lanjut Cherry, menyebutkan komunikasi sebagai seperangkat aturan (kesepakatan) diperlukan dalam proses komunikasi, misalnya dalam menggunakan bahasa profesional tertentu agar kedua pihak saling mengerti atau penggunaan bahasa tertentu agar kedua belah pihak saling mengerti atau penggunaan gaya bahasa tertentu untuk dua kelompok yang berasal dari kelas sosial berbeda (dilansir dari Hassan (2005: 143).

Dari pandangan di atas seorang komunikator dalam memberikan pesan kepada komunikan maka harus dapat disesuaikan dengan kelas sosialnya, yang tidak hanya dilihat dari status ekonomi akan tetapi, dalam menyampaikan pesan komunikator harus menyesuaikan dengan bahasa ibu dari komunikan. Dengan demikian dalam menyampaikan pesan menggunakan bahasa harus sesuai bahasa wilayah tersebut.

Sementara disebutkan Hassan (2005) bahwa salah satu efek dari komunikasi kesehatan masyarakat adalah tumbuh motivasi masyarakat untuk mengadopsi kebiasaan atau perilaku baru yang mulanya percaya pada cara-cara tradisional dan bersikap “fatalistis” terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Dengan tumbuhnya motivasi di kalangan masyarakat diharapkan upaya “pergerakan” masyarakat menjadi lebih dinamis untuk memperoleh kesempatan dan peluang dalam upaya baik pencegahan (*prefentif*) maupun promotif.

Terkait dengan komunikasi kesehatan, Hassan (2005: 153-154) memberikan beberapa pemikirannya tentang bagaimana komunikasi kesehatan dapat mencapai sarannya, yaitu:

1. Dalam berkomunikasi kesehatan harus ada konsep komunikasi.
2. Dalam berkomunikasi kesehatan harus ada pemasaran sosial.
3. Dalam berkomunikasi kesehatan harus fokus pada konsumen.
4. Dalam berkomunikasi kesehatan harus ada variabel pemasaran.

Pandangan di atas bahwa kerangka konsep komunikasi kesehatan haruslah jelas, demikian pemasaran sosialnya. Pemasaran sosial untuk pemberdayaan kesehatan sangatlah penting, karena orientasi sasaran pemberdayaan adalah masyarakat pada umumnya, sehingga sosial pemasaran harus jelas. Kefokusan pada konsumen bukan dalam arti

konsumen adalah pembeli, akan tetapi dalam hal ini, masyarakat membutuhkan edukasi pemberdayaan kesehatan atau disebut sebagai pengguna kesehatan. Dengan demikian variabel kesehatan faktor apa saja yang memengaruhi pemberdayaan di masyarakat baik langsung maupun tidak langsung. Dalam komunikasi faktor di atas harus dapat dipetakan sehingga tujuan pemberdayaan kesehatan akan lebih mudah dicapai.

C. Komunikasi dalam Kesehatan

Komunikasi kesehatan itu dapat diartikan sebagai penyampaian pesan komunikator kesehatan terhadap komunikan. Antara keduanya masuk ke dalam saluran komunikasi yaitu pemberi dan penerima pesan yang berhubungan dengan substansi kesehatan. Komunikasi kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat diluncurkan sebagai upaya untuk terbangun dan terciptanya masyarakat sehat dan sadar akan kesehatan yang berkesinambungan. Komunikasi kesehatan tidak bersifat sesaat akan tetapi *ending*-nya pemberdayaan kesehatan dilakukan untuk membangun tatanan kehidupan masyarakat yang merupakan sebuah hasrat hidup pada umumnya.

Membangun kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat dapat saja disebut sebagai investasi masa depan dari masyarakat itu sendiri. Apabila masyarakat saat ini sehat maka masa depan masyarakatnya ke depan juga akan sehat. Tapi apabila masyarakat sekarang sakit atau tidak mempunyai kesadaran akan hidup sehat, bagaimana mungkin ke depannya masyarakat akan hidup sehat dan terampil.

Dengan demikian komunikasi kesehatan berbasis pemberdayaan dapat disebut sebagai investasi masa depan. Komunikasi kesehatan ini juga bersifat pembelajaran kesehatan dan masuk dalam pendidikan. Antara pendidikan dan kesehatan keduanya saling memengaruhi, dari suatu sisi pendidikan dipandang sebagai objek umum, sedangkan dari sisi kesehatan mempunyai arti khusus yaitu kesehatan (pendidikan kesehatan). Selama ini mayoritas orang bicara pendidikan dalam skala sempit seolah-olah pendidikan hanya bicara tentang guru dan siswa. Padahal ruang lingkup pendidikan termasuk pendidikan kesehatan. Dan paradigma inilah yang perlu diubah dalam komunikasi kesehatan bahwa pemberdayaan kesehatan adalah basis dari pendidikan.

Komunikasi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah sebagai proses penyampaian atau memberi edukasi bagaimana semua masyarakat (komunikan) menerima berbagai prinsip sehat dan tujuan kesehatan dapat dipahami dalam hidupnya. Tanpa melalui komunikasi berbagai edukasi pemberdayaan kesehatan tidak dapat tersampaikan terhadap komunikan.

Menurut Hasan (2005) menyatakan komunikasi kesehatan yaitu bagian dari komunikasi antar manusia yang berfokus pada bagaimana seseorang individu dalam suatu kelompok masyarakat menghadapi isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan serta berupaya untuk memelihara kesehatannya (sumber: Northouse, 1985). Lebih lanjut, Hasan menguraikan bahwa komunikasi kesehatan adalah transaksi spesifik pada isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan dan fokus pada faktor-faktor yang memengaruhi transaksi tersebut. Transaksi yang berlangsung antar ahli kesehatan dan antara ahli kesehatan dengan klien merupakan perhatian utama dalam komunikasi kesehatan dan transaksi tersebut berlangsung baik “verbal” maupun “nonverbal”, lisan atau tulisan, personal atau interpersonal.

Dalam pendapat Rasmuson sebagaimana dilansir Hasan tersebut komunikasi kesehatan dipandang sebagai disiplin ilmu komunikasi terapan yang digunakan untuk memengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat. Disiplin ini menggunakan metode dan prinsip komunikasi massa, desain pengajaran, pemasaran sosial, analisis perilaku, dan antropologi medis. Sebagai suatu cabang ilmu yang baru komunikasi kesehatan bersifat paralel dengan cabang ilmu lainnya.

D. Proses Komunikasi dalam Kesehatan

Proses komunikasi kesehatan adalah di mana proses komunikasi dilangsungkan antara komunikator dengan komunikan dalam hal ini masyarakat. Suatu pemberdayaan kesehatan itu pada prinsipnya ketika komunikasi tersebut dapat dilangsungkan. Tanpa melalui komunikasi, pemberdayaan kesehatan masyarakat tidak dapat dilakukan. Dengan komunikasi yang praktis dan mengedepankan metode komunikasi yang mudah dipahami akan langsung diterima oleh masyarakat.

Dalam komunikasi kesehatan itu dibutuhkan teknik komunikasi atau metode komunikasi. Metode komunikasi adalah cara/pendekatan berkomunikasi dalam penyampaian pesan kesehatan. Dalam metode komunikasi adanya teknik komunikasi di dalam arti yang sama juga dapat disebut sebagai cara atau seni penyampaian pesan kesehatan yang dilakukan komunikator.

Teknik komunikasi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat pada uraian-uraian di atas dan bab sebelumnya telah dijelaskan bahwa bagaimana pendekatan terbaik dalam pemberdayaan kesehatan itu. Karena keberhasilan pemberdayaan kesehatan masyarakat dipengaruhi kemampuan dalam berkomunikasi oleh komunikator kesehatan. Maka dari itu, komunikasi yang profesional dan praktis sesuai kebutuhan masyarakat sangat diharapkan untuk ditunjukkan komunikator.

Dalam pemberdayaan kesehatan, pada umumnya komunikator selalu menggunakan media komunikasi dalam bentuk gambar atau poster-poster kesehatan yang berisi informasi dan perintah untuk kita laksanakan tentang kesehatan. Pernyataan di atas apakah berupa suatu gambar atau poster itu adalah bagian dari seni berkomunikasi karena dalam berkomunikasi tidaklah selamanya dan semuanya ditunjukkan oleh mulut yang berbicara dalam penyampaian pesan kesehatan.

Teknik komunikasi adalah cara atau “seni” penyampaian suatu pesan yang dilakukan seorang komunikator sedemikian rupa, sehingga menimbulkan dampak tertentu pada komunikan. Akan memberikan dampak tertentu tersebut maksudnya; komunikan akan mendapatkan pesan kesehatan dari komunikator. Pesan yang disampaikan tersebut adalah pernyataan sebagai paduan pikiran dan perasaan dapat berupa ide, informasi, keluhan, keyakinan, imbauan, anjuran, dan sebagainya. Berbagai pendekatan penyampaian pesan tersebut akan mempermudah komunikan dalam memahami dan menerima informasi kesehatan.

Pernyataan di atas diperkuat pakar komunikasi Effendy bahwa menggunakan lambang komunikasi akan memberi keefektifan dalam penyampaian pesan. Selain poster dan gambar, lambang komunikasi dapat ditunjukkan oleh bahasa tubuh di antaranya; gaya, gerakan, raut wajah ketika menyampaikan pesan, melambaikan tangan, gerakan kepala, dan sebagainya.

Berikut akan disebutkan beberapa proses komunikasi kesehatan sebagai pendekatan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat:

1. Pemberdayaan Kesehatan melalui Komunikasi Tatap Muka

Di tengah masyarakat selalu kita menemukan dan menjumpai tenaga kesehatan dalam hal ini disebut komunikator datang ke tengah masyarakat memberikan penyuluhan kesehatan. Petugas kesehatan ini atau dapat kita sebut sebagai komunikator kehadirannya langsung bertatap muka dengan komunikan yaitu masyarakat.

Dikatakan oleh Effendy (2008) bahwa komunikasi tatap muka adalah komunikasi berlangsung antara komunikator dan komunikan saling berhadapan sambil saling melihat. Dalam situasi komunikasi seperti ini komunikator dapat melihat dan mengkaji diri si komunikan secara langsung. Karena itu, komunikasi tatap muka juga sering kali disebut komunikasi langsung (*direct communication*). Komunikator dapat mengetahui efek komunikasinya pada saat itu juga. Tanggapan atau respons itu disalurkan langsung kepada komunikator. Oleh sebab itu pula sering dikatakan bahwa dalam komunikasi tatap muka arus balik atau umpan balik (*feedback*) terjadi secara langsung. Arus balik atau umpan balik; tanggapan komunikan yang tersalurkan kepada komunikator. Dengan kata lain, komunikator mengetahui tanggapan komunikan terhadap pesan yang disampaikan kepadanya. Tidak selalu tanggapan menjadi arus balik, situasi seperti ini sering kali terjadi pada komunikasi bermedia; komunikasi memberikan tanggapan, tetapi tanggapannya itu belum tentu diketahui komunikator karena tidak tersalurkan kepadanya.

Komunikasi tatap muka dalam pemberdayaan kesehatan dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Komunikasi antarpersona

Suatu komunikasi antarpersona dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat dilakukan antara komunikator dengan seorang komunikan. Komunikasi antarpersonal memiliki kelebihan dalam pemberdayaan kesehatan, karena antara komunikator dengan komunikan langsung dapat berdiskusi bahkan dapat juga melakukan wawancara mendalam tentang apa yang selama ini dirasakan atau dialami komunikan tentang topik kesehatan yang disosialisasikan.

Banyak rahasia kesehatan komunikan yang dapat terungkap dari pendekatan komunikasi antarpersona tersebut. Rahasia tersebut bisa saja jenis penyakit atau riwayat penyakit seseorang komunikan dalam hidupnya. Terkadang dalam diskusi kelompok komunikan tidak bisa mengungkapkan perasaan dan riwayat penyakitnya karena terbatas waktu atau sedikit malu, sehingga melalui komunikasi antarpersona dapat terungkap. Sementara komunikator juga ia secara komunikasi antarpersona tersebut langsung bisa memberi jawaban terbaik dalam pemberdayaan tersebut.

b. Komunikasi kelompok

Suatu komunikasi kelompok dalam pemberdayaan kesehatan telah menjadi budaya terutama dalam penyuluhan kesehatan, misalnya sosialisasi malaria, penyuluhan KB, penyuluhan lingkungan bersih, dan sebagainya. Komunikasi kelompok itu, dilakukan menghadirkan orang dalam jumlah banyak, bahkan dalam jumlah orang banyak itu dapat dibentuk beberapa kelompok anggota kader kesehatan.

Keunggulan pemberdayaan kesehatan melalui komunikasi antar kelompok tersebut akan lebih mudah memberikan penyuluhan bahkan bisa langsung disampaikan sekaligus oleh komunikator tentang apa dari materi pemberdayaan tersebut. Dalam diskusi kelompok tersebut pesertanya yang mempunyai kemampuan bertanya akan lebih agresif akan lebih termotivasi dalam menggali informasi dari komunikator kesehatan dan ia pun mampu dan bersedia menjelaskan kepada komunikan lainnya.

Sementara kelemahan komunikasi kelompok penyampaian hal-hal yang bersifat pribadi sedikit kiranya tidak terlalu terbuka untuk disampaikan dalam forum diskusi kelompok tersebut. Komunikator harus dapat menyediakan waktu khusus dalam melayani komunikan untuk menjawab dalam hal-hal pribadi kesehatan komunikan. Layanan yang tidak teratasi melalui komunikasi kelompok dapat dilanjutkan dengan menyediakan waktu khusus komunikator. Dengan demikian permasalahan-permasalahan kesehatan komunikan akan teratasi dengan pendekatan komunikasi yang demikian.

2. Pemberdayaan Kesehatan melalui Komunikasi Media Massa

Media massa itu merupakan salah satu sarana komunikasi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat. Media massa dapat disebut juga sebagai media sosial yang pada prinsip dan lumrahnya media massa atau media sosial tersebut telah digunakan sebagai sarana informasi dalam menyebarkan pesan atau informasi kesehatan. Dunia saat ini semakin maju baik dari sisi peradaban manusianya maupun dari sisi teknologi informasinya. Dengan semakin majunya teknologi itu, akan semakin terbangun peradaban manusia melalui sebuah nilai-nilai yang terdapat dalam majunya teknologi tersebut.

Media massa yang digunakan dalam penyampaian pesan untuk pemberdayaan kesehatan terdiri dari media massa elektronik dan cetak. Media massa elektronik terdiri dari televisi, media online atau yang berbasis internet, dan sejenisnya. Sedangkan media massa penyampaian informasi pemberdayaan kesehatan melalui media massa cetak yaitu seperti surat kabar berupa; koran, majalah, tabloid mingguan, bulanan, buletin, poster, spanduk, baliho, dan gambar-gambar perilaku hidup sehat, dan sebagainya.

Kemajuan teknologi saat ini, pemberdayaan kesehatan melalui media massa sebagaimana disebutkan di atas menjadi media atau alat yang paling efektif dan memiliki ruang gerak tanpa batas. Suatu pesan kesehatan di Amerika Serikat secara live akan langsung dapat dilihat, dibaca, dan diterima seluruh masyarakat dunia terkait dengan majunya teknologi informasi media massa tersebut. Dengan kata lain, melalui media massa tersebut setiap orang tidak dapat menutup diri karena terkait dengan telah terjadi era keterbukaan informasi kesehatan dan informasi bidang lainnya.

Dalam ruang lingkup kecil misalnya komunikator kesehatan itu dalam bertemu dengan masyarakat dapat saja menggunakan media massa yang sesuai dengan kebutuhan, misalnya poster, majalah, koran dan sejenisnya. Media massa dari jenisnya yang disebutkan di atas adalah bagian dari alat peraga yang dapat dijadikan alat komunikasi dalam penyampaian pesan. Dalam menampilkan media massa sebagai alat komunikasi keunggulannya juga dapat dijadikan bahan diskusi pada saat komunikasi kelompok sebagaimana disebutkan sebelumnya.

Bahkan melalui media massa tersebut, secara personal komunikasi itu dapat saja menjadi bahan yang sangat efektif dalam membangun suatu konsep dan ide terhadap masyarakat.

Sementara Effendy menyebutkan bahwa komunikasi media itu disebut sebagai *mediated communication*; menggunakan saluran atau sarana guna untuk meneruskan suatu pesan kepada komunikan yang jauh tempatnya dan banyak jumlahnya. Lebih lanjut dijelaskan yang bersangkutan bahwa komunikasi bermedia disebut juga komunikasi tak langsung (*indirect communication*) dan sebagai konsekuensinya arus balik pun tidak terjadi pada saat ia berkomunikasi.

Berkomunikasi melalui media dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat, komunikator harus lebih matang dalam perencanaan dan persiapannya sehingga ia merasa pasti bahwa komunikasinya itu akan berhasil. Dalam konteks ini komunikator harus memperhitungkan dari banyak faktor kemungkinan yang akan terjadi, yaitu besar kecilnya media, keamanan media, dan media yang disukai masyarakat.

Media massa karena banyak jenisnya harus disesuaikan dengan kebutuhan. Suatu yang menjadi pertanyaan adalah media apa yang paling efektif digunakan, di mana lokasinya akan ditempatkan, untuk siapa saja media itu ditayangkan, apa keunggulan media massa itu? Dan ini harus diperoleh jawabannya sebelum komunikasi media itu dipublikasikan.

Berdasarkan paparan di atas maka komunikasi pemberdayaan kesehatan masyarakat melalui media massa tersebut dapat dibagi 2 yaitu:

a. Komunikasi Bermedia Massa

Komunikasi media massa digunakan apabila komunikan dalam jumlah banyak kalau sendirian komunikan tentunya dapat saja melalui komunikasi langsung. Media massa yang banyak digunakan untuk pemberdayaan kesehatan masyarakat ini terdiri dari surat kabar, radio, televisi yang banyak memberikan edukasi terhadap masyarakat.

Media massa tersebut banyak digunakan oleh masyarakat dan bahkan untuk televisi ada di setiap rumah penduduk. Pesan kesehatan tersebut sering ditayangkan melalui televisi yaitu promosi-promosi kesehatan. Dan ini hampir setiap media massa televisi aktif dalam menayangkan siaran promosi kesehatan tersebut.

b. Komunikasi Bermedia Nirmassa

Sedangkan media nirmassa adalah saluran media komunikasi yang dilangsungkan dengan jumlah orang terbatas atau kelompok yang telah ditentukan. Media nirmassa berupa surat, telepon, telegram, telex, papan pengumuman, spanduk, poster, dan sebagainya. Berbagai jenis media nirmassa di atas dapat diterima secara pribadi dan juga kelompok. Jenis media nirmassa ini, lebih fokus isi pesannya dapat langsung dengan cepat diterima dan ditanggapi oleh komunikan.

Media nirmassa dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat, banyak juga digunakan dalam hal tertentu, misalnya pengiriman surat pemberitaan akan adanya kegiatan sosialisasi edukasi kesehatan. Surat ini kebanyakan berupa undangan mengikuti kegiatan-kegiatan tertentu ada juga berupa pemberitahuan dan instruksi kerja atau sesuatu yang ingin dilaksanakan.

Media nirmassa itu lebih memberikan penekanan khusus dalam suatu pemberitaan informasi dan tidak bersifat umum, sehingga dalam pesan yang disampaikan lebih cepat ditanggapi atau kalau surat bisa saja langsung dibalas, atau didisposisikan untuk ditindaklanjuti. Media nirmassa ini juga informasinya akan diteruskan kepada publik yang sesuai dengan tujuan surat dimaksud. Media nirmassa lebih bersifat satu arah saluran komunikasi dari komunikator terhadap komunikan, terkecuali suatu surat menghendaki adanya balasan dari komunikan dan inipun sebatas jawaban.

Guna mencapai tujuan komunikasi pemberdayaan kesehatan itu, maka dibutuhkan manajemen komunikasi. Oleh Terry, menyebutkan ada 5 (lima) jenis manajemen komunikasi sebagaimana yang dikutip (Nasution, 19-20: 2009) yaitu sebagai berikut.

1. Komunikasi formal adalah komunikasi yang dilakukan dalam jalur organisasi formal yang memiliki wewenang dan tanggung jawab, misalnya: instruksi dalam bentuk tertulis dan lisan sesuai dengan prosedur secara fungsional yang berlaku dari atas bawah atau sebaliknya.
2. Komunikasi nonformal adalah komunikasi yang dilakukan di luar jalur formal secara fungsional, misalnya hubungan pribadi dengan orang lain.

3. Komunikasi informal adalah komunikasi yang dilakukan, karena terjadinya kontak hubungan antar manusia lebih dominan yang terkait dengan aspek-aspek kejiwaan, lebih sensitif dan sentimental. Komunikasi informal ini biasa banyak dipergunakan pihak bagian kepegawaian untuk mengetahui lebih mendalam mengenai aspek psikologis karyawan.
4. Komunikasi teknis adalah komunikasi yang bersifat teknis yang dapat dipahami oleh tenaga kerja tertentu, misalnya komunikasi bidang pekerjaan teknik mesin industri, program komputerisasi, internet, dan sebagainya.
5. Komunikasi prosedural, komunikasi ini lebih dekat dengan komunikasi formal, misalnya pedoman teknis peraturan lembaga pendidikan dan sebagainya.

Manajemen komunikasi di atas lebih pada teknis masing-masing komunikasi. Dalam pemberdayaan kesehatan tersebut dapat dilakukan di berbagai ruang dan waktu, yaitu bisa dalam tempat terbuka, ruangan tertutup, waktunya bisa malam, siang, pagi, dan dihadiri oleh tokoh-tokoh tertentu khususnya pada acara-acara resmi. Beberapa hal seperti ini maka manajemen komunikasi harus dapat dipergunakan sebaiknya apakah dalam waktu, ruang, acara resmi dihadiri oleh tokoh dan lain-lain maka komunikasi harus dikelola dengan profesional sekali.

Dalam hal tersebut, diharapkan melalui manajemen komunikasi itu, suasana dan kondisi pemberdayaan berada pada situasi hidup dan terasa meriah dan semua peserta pemberdayaan kesehatan antusias dan mendukung program tersebut. Namun, apabila manajemen dalam komunikasi pemberdayaan tersebut juga kurang begitu menarik, maka bukan tidak salah bahwa titik kelemahan ada pada desain manajemen komunikasi kurang tepat dan tidak sesuai dengan keinginan dan juga tuntutan masyarakat pada umumnya. Dengan demikian manajemen komunikasi untuk pemberdayaan kesehatan tersebut menempati hal yang berskala prioritas dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat. Tak dipungkiri bahwa bukan tidak mungkin terjadi bahkan sering kita lihat bahwa dalam pemberdayaan melalui edukasi, sering komunikasi dalam bentuk pesan yang disampaikan komunikator tidak siap dari itu, *image*-nya kurang mendapat perhatian dan dukungan masyarakat.

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



BAB 7

PERILAKU KESEHATAN MASYARAKAT

A. Pendahuluan

Dalam masyarakat selalu ada perilaku terhadap kesehatan yang bersifat sebelum dan setelah pemberdayaan kesehatan. Seseorang akan berperilaku sebagaimana yang kita lihat dan itu dilatarbelakangi atas apa yang dipahaminya dan diketahui selama ini dan jauh sebelumnya. Pernyataan ini memberikan penekanan bahwa perilaku kesehatan yang ada pada diri seseorang adalah perilaku berdasarkan apa yang dimiliki dari pengalaman hidupnya, apakah bersumber dari suatu edukasi keluarga terkait kesehatan, kebiasaan lingkungan tempat tinggal, atau pengetahuan dari pendidikan formal yang ia dapatkan semuanya akan membentuk perilaku kesehatan seseorang.

Sedangkan perilaku kesehatan masyarakat secara umum adalah keterpaduan perilaku atau kolaborasi perilaku (kumpulan-kumpulan) perilaku yang ada dan ditunjukkan masyarakat dalam jumlah banyak (masyarakat suatu wilayah) di mana mereka akan menunjukkan dari setiap perilaku tersebut dalam bentuk wujud yang sama. Keterpaduan perilaku masyarakat secara umum bersumber dari apa yang mereka terima selama ini yaitu dari pengetahuan apakah melalui jalur formal, informal, dan nonformal.

Perilaku masyarakat terhadap kesehatan seiring waktu akan bisa berubah ke pola perilaku yang lebih baik. Perubahan perilaku ke pola yang baik ini dipengaruhi pengetahuan akan kesehatan untuk hidup sehat, manakala pada saat bersamaan adanya ancaman kesehatan

(misalnya Corona penyakit menular) dalam waktu sekejap akan dapat mengubah perilaku kesehatan masyarakat dunia bahwa masyarakat akan hidup dan berubah perilaku menjadi lebih baik sesuai dengan tuntutan apakah yang dikehendaki dari ancaman kesehatan tersebut.

Ditinjau dari sisi lain perilaku akan dihadapkan pada persepsi yang menyiasati perilaku sehat dan menyiasati perilaku sakit. Suatu perilaku sehat dapat saja ia dipersepsikan untuk selalu menjaga setiap saat dari kesehatannya. Sedangkan perilaku sakit bagaimana seseorang itu berupaya mencari pengobatan untuk sebuah kesembuhan.

B. Pengertian Perilaku

Oleh Notoatmodjo (2005: 45) menyebutkan bahwa dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh karena itu, dari segi biologis semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu dari makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas dan sepanjang kehidupannya, yaitu antara lain; berjalan kaki, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berpikir, dan seterusnya. Secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni: a) aktivitas-aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain misal; berjalan kaki, tertawa, bernyanyi, dan sebagainya; b) aktivitas yang tidak dapat diamati orang lain dari luar misal; berpikir, berfantasi, bersikap, dan sebagainya.

Pendapat di atas memberikan suatu pemahaman bahwa perilaku adalah aktivitas manusia dalam kehidupannya baik yang dapat dilihat maupun yang tidak terlihat oleh orang lain. Dengan demikian perilaku merupakan apa yang dilakukan oleh manusia baik yang dilakukan atau yang dipikirkan. Dalam hal berperilaku dengan apa yang dilakukan manusia memiliki jumlah banyak perilaku sesuai dengan pandangan dan pengetahuan seseorang tersebut. Tidak hanya berperilaku dalam kesehatan akan tetapi bergaya hidup mewah, sedang, dan kebiasaan lainnya pun adalah merupakan bagian perilaku manusia.

Namun suatu hal yang diharapkan adalah bagaimana terwujud perilaku manusia yang sesuai dengan tuntutan kesehatan atau disebut

berperilaku sehat. Seorang yang berperilaku sehat secara umum akan berperilaku berdasarkan rasional dengan berpikir secara logika, namun yang berperilaku tidak berdasarkan suatu yang sehat atau memberikan hal yang fatal itu adalah masuk dalam kategori berperilaku tidak logis dan berpikirnya tidak rasional atau dilakukan di luar perilaku yang tidak sehat, sehingga dalam konteks itulah dilakukan pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat. Bagaimana mereka dapat berperilaku baik yang tampak maupun yang tidak tampak berada dalam wilayah suatu pemikiran yang sehat atau disebut berperilaku sehat.

Pendapat Skinner sebagaimana dilansir Notoatmodjo (2005: 43) menjelaskan bahwa seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa suatu perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus - Organisme - Respons, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respons). Selanjutnya, teori Skinner menjelaskan adanya dua jenis respons, yaitu:

1. *Respondent respons* atau refleksi, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulasi) yang disebut *eliciting stimuli*, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan lezat akan menimbulkan nafsu makan, cahaya terang akan menimbulkan reaksi mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah akan menimbulkan rasa sedih, mendengar berita suka atau gembira, akan menimbulkan rasa suka cita.
2. *Operant respons* atau instrumental respons, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimuli atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respons. Misalnya, apabila seorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik adalah respons sebagai tahap gaji yang cukup, misalnya (stimulus). Kemudian karena kerja baik tersebut, menjadi stimulus untuk memperoleh promosi pekerjaan. Jadi, kerja baik tersebut sebagai *reinforcer* untuk memperoleh promosi pekerjaan.

Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, Notoatmodjo menjelaskan maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Contoh: ibu hamil tahu pentingnya periksa hamil untuk kesehatan bayi dan dirinya sendiri (pengetahuan), kemudian ibu tersebut bertanya kepada tetangganya di mana tempat periksa hamil yang dekat (sikap).

2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi apabila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*". Contoh, seorang ibu hamil memeriksa kehamilannya ke Puskesmas atau ke bidan praktik, seorang penderita TB Paru minum obat anti TB secara teratur, seorang anak menggosok gigi setelah makan, dan sebagainya. Contoh-contoh tersebut adalah berbentuk tindakan nyata, dalam bentuk kegiatan, atau dalam bentuk praktik (*practice*).

C. Perilaku dalam Kesehatan

Perilaku kesehatan bahasa Inggrisnya disebut *healthy behavior* yaitu suatu respons yang ada pada seseorang bersumber dari stimulus tentang pengetahuan yang ia pahami berupa sehat dan sakitnya orang yang bersangkutan. Perilaku kesehatan tersebut akan memengaruhi terhadap kedua hal di atas yaitu sehat atau sakitnya. Dua hal tersebut adalah masuk dalam ranah perilaku kesehatan di dalamnya. Dari dua perilaku itu akan menciptakan adanya keyakinan-keyakinan seseorang terhadap harapan dan keinginannya apabila ia berhadapan dengan kedua perilaku kesehatan tersebut.

Tinjauan pertama, berperilaku sehat mengharapkan bahwa; bagaimana ia selalu dalam keadaan sehat dan ia dapat melaksanakan tugas dan rutinitasnya sehari-hari. Perilaku orang sehat ini; ia selalu menjaga kesehatannya dengan baik, bagaimana dalam pemikirannya ia tidak sakit, dapat beraktivitas sebagaimana mestinya. Pendekatan yang dilakukan adalah dengan selalu menjaga kesehatan mulai dari

pola makan, istirahat, olahraga, bekerja. Dalam menjaga perilakunya hal-hal di atas selalu dilakukan dengan seimbang antara istirahat dan kerja, antara makan dan juga olahraga sehingga melalui suatu perilaku kesehatan yang ia miliki akan membentuk pemahaman perilaku kesehatan yang hakiki.

Tinjauan kedua, berperilaku sakit di mana seseorang ini akan berharap akan sehat, sehingga bagaimana ia dapat melaksanakan dari berbagai aktivitasnya sebagaimana biasanya. Perilaku kedua ini terjadi karena tidak atau kurang baiknya dalam menjaga perilaku pertama dan akhirnya membuat ia sakit atau berperilaku sakit. Yang berperilaku sakit ini ia mengharapkan bagaimana ia dapat sembuh sehingga dapat beraktivitas kembali sebagaimana biasanya. Dari perilaku sakit ini, seseorang akan mencari alternatif sebagai sebuah perilakunya untuk sehat yaitu mencari pengobatan yang hakiki atau sesungguhnya.

Dengan demikian menurut Notoatmodjo (2005) menyatakan ada dua garis besar perilaku kesehatan masyarakat, yaitu:

1. *Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat*, perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavior*), yang mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit/masalah, atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif), dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif). Contoh: makan dengan seimbang, olahraga teratur, tidak merokok dan meminum minuman keras, menghindari gigitan nyamuk, menggosok gigi setelah makan, cuci tangan pakai sabun sebelum makan, dan sebagainya.
2. *Perilaku orang yang sakit* atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan. Perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinthe, paranormal), maupun pengobatan modern atau profesional (rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan sebagainya).

Pendapat Becker (1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan, dan membedakannya menjadi tiga, (dalam Notoatmodjo, 2005) yaitu:

1. Perilaku Sehat (*Healthy Behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain:

- a. *Makan dengan menu seimbang (appropriate diet)*. Menu seimbang di sini adalah pola makan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh baik menurut jumlahnya (kuantitas), maupun jenisnya (kualitas).
- b. *Kegiatan fisik secara teratur dan cukup*. Kegiatan fisik di sini tidak harus olahraga. Bagi seseorang yang pekerjaannya memang sudah memenuhi gerakan fisik secara rutin dan teratur, sebenarnya dapat dikategorikan berolahraga. Bagi seseorang yang pekerjaannya tidak melakukan kegiatan fisik seperti manajer, administrator, sekretaris, dan sebagainya, memerlukan olahraga secara teratur.
- c. *Tidak merokok dan meminimum minuman keras serta menggunakan narkoba*. Merokok adalah kebiasaan yang tidak sehat, namun di Indonesia jumlah perokok cenderung meningkat hampir 50% pria dewasa di Indonesia adalah perokok. Sedangkan minum minuman keras dan penggunaan narkoba meskipun masih rendah (sekitar 1,0%), tetapi makin meningkat.
- d. *Istirahat yang cukup*. Istirahat cukup bukan hanya berguna untuk memelihara kesehatan fisik, tetapi juga kesehatan mental. Dengan berkembangnya iptek dewasa ini, juga memacu orang untuk meningkatkan kehidupannya yang di bidang sosial dan ekonomi, yang akhirnya mendorong orang yang bersangkutan untuk kerja keras, tanpa menghiraukan beban fisik dan mentalnya, istirahat yang cukup adalah kebutuhan dasar manusia untuk mempertahankan kesehatannya.
- e. *Pengendalian atau manajemen stres*. Stres adalah bagian dari kehidupan setiap orang, tanpa pandang bulu. Semua orang terlepas dari tingkat sosial, ekonomi, jabatan atau kedudukan, dan sebagainya,

mengalami stres. Stres tidak dapat dihindari oleh siapa saja, namun yang dapat dilakukan adalah mengatasi, mengendalikan atau mengelola stres tersebut agar tidak mengakibatkan gangguan kesehatan, baik kesehatan fisik maupun kesehatan mental (rohani).

- f. *Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan.* Inti dari perilaku ini adalah tindakan atau perilaku seseorang, agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan, termasuk perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

2. Perilaku Sakit (*Illnes Behavior*)

Perilaku sakit adalah berkaitan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan/atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya. Pada saat orang sakit atau anaknya sakit, ada beberapa tindakan atau perilaku yang muncul, antara lain:

- a. Didiamkan saja (*no action*), artinya sakit tersebut diabaikan, dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari.
- b. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*). Pengobatan sendiri ini ada 2 cara, yakni: cara tradisional (kerokan, minum jamu, obat gosok, dan sebagainya), dan cara modern, misalnya minum obat yang dibeli dari warung, toko, atau obat apotik.
- c. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan, yang dibedakan menjadi dua, yakni: fasilitas pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinthe, dan paranormal), dan fasilitas atau pelayanan modern atau profesional (puskesmas, poliklinik, dokter atau bidan praktik swasta, rumah sakit, dan sebagainya).

3. Perilaku Orang Sakit (*The Sick Role Behavior*)

Dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*), yang mencakup hak-haknya (*rights*), dan kewajiban sebagai orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku peran orang sakit ini antara lain:

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
- b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- c. Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain mematuhi nasihat-nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat kesembuhannya.
- d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan proses penyembuhan.
- e. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakit dan sebagainya.

D. Aspek Memengaruhi Perilaku Kesehatan

Dalam kehidupan masyarakat selalu ada perbedaan menyikapi terhadap apa yang terjadi dan berkembang. Pemahaman masyarakat tidak selalu sama terutama dalam berperilaku untuk kesehatan. Setiap orang mempunyai cara pandang yang berbeda, keyakinan pribadi, dan mengambil tindakan berdasarkan keyakinan sebagaimana disebutkan di atas yaitu menurut pandangan yang berbeda pula. Dalam kajian ini, memberikan suatu pertanyaan apakah perbedaan perilaku kesehatan itu dapat disatukan? Tentunya tidak ada yang tidak mungkin apabila persepsinya telah dilakukan persamaan.

Untuk memahami lebih mendalam mengapa terjadi perbedaan perilaku seseorang terhadap kesehatan tersebut, berikut ini dijelaskan beberapa yang menyebabkan terjadinya perbedaan perilaku kesehatan tersebut, yaitu:

1. Usia

Usia adalah berkaitan lama telah hidupnya seseorang di dunia ini, apakah saat ini ia masih anak-anak, remaja, dewasa, orang tua, atau bahkan sudah lansia. Usia membuat tingkat berpikirnya seseorang itu, di usia anak-anak mereka berperilaku terhadap suatu kesehatan bahwa kesehatan itu bisa saja dianggap barang kurang berharga bahkan suatu kesehatan tidak terlalu penting. Melihat perilaku anak-anak dalam hal kesehatan sedikit mau memahami akan hal kebenaran untuk kesehatan bahkan seorang anak lebih senang bermain bebas dalam suasana panas atau dingin dengan tidak memperhatikan kesehatannya. Sifat anak-anak dalam berperilaku untuk sebuah kesehatan lebih pada maunya ia

menang sendiri tanpa memikirkan risiko walau terkadang mengancam keselamatan dari perilakunya tersebut.

Dalam usia tersebut pemahaman akan kesehatan selalu terjadi perbedaan persepsi dan keyakinan dan akhirnya membentuk perilaku kesehatan seseorang. Sebagaimana telah disebutkan di atas bahwa usia anak-anak dapat saja dikatakan belum memiliki pemahaman apa-apa tentang sebuah nilai kesehatan, hal tersebut dibuktikan dari perilaku-perilaku seorang anak yang sibuk bermain dengan kesukaannya dan ini merupakan sifat anak-anak secara mayoritas sama.

Menginjak usia remaja, terjadi perubahan perilaku memahami suatu kesehatan bahwa ia sadar dan sangat kehati-hatian dalam hal bertindak untuk sebuah kesehatan. Dari perilakunya akan terlihat dari ia menjaga pakaiannya, waktu istirahatnya, waktu bermainnya tapi ia sedikit menjaga hanya pada makanannya. Di usia remaja nafsu dan tingkat kesukaan makan untuk mengonsumsi makanan jauh lebih tinggi bila dibandingkan usia anak-anak, dewasa, atau orang tua. Dan usia remaja ini adalah usia produktif untuk suka makan dan tumbuh berkembangnya seorang anak.

Sementara ketika seseorang itu menjadi dewasa yang usianya berkisar 30-40 sedikit lebih baik cara berpikirnya dari usia remaja untuk sebuah nilai kesehatan. Di usia tersebut daya tahan tubuh seseorang akan berada pada puncak terbaik bila dibandingkan dengan usia sebelum dan di atas 40 tahun. Sedangkan usia yang telah masuk 40 tahun ke atas perilaku kesehatannya jauh lebih baik bila dibanding dengan sebelum dan di atasnya, karena usia tersebut sudah memberi suatu kedewasaan dalam ia berpikir untuk sebuah perilaku terbaik dalam kesehatan. Namun perilaku kesehatan bagi orang yang sudah berusia 60 tahun walaupun sudah lebih berperilaku mengedepankan kesehatan jauh lebih baik daripada segala-galanya, namun perilaku itu sedikit terlambat apabila dibandingkan dengan ia kurang menjaga diri atau kesehatannya di usia muda.

Berdasarkan pernyataan di atas perilaku kesehatan akan usia itu dapat dirumuskan bahwa usia akan memengaruhi perilaku kesehatan seseorang dalam berpikir dan bertindak, semakin tinggi usianya maka semakin tinggi perilaku kesehatan positifnya apabila dibandingkan dengan sebelum desawanya seseorang. Dengan demikian faktor usia

dan perilaku kesehatan akan berbanding lurus, semakin meningkatnya usia maka semakin baik perilaku kesehatannya.

2. Pendidikan

Perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan, hal tersebut terlihat dari perilaku seseorang itu sebelum atau sesudahnya ia memperoleh atau mendapatkan pendidikan. Demikian juga terdapat perbedaan perilaku kesehatan antara orang berpendidikan kesehatan dengan perilaku kesehatan orang dari pendidikan umum atau bukan dari pendidikan kesehatan. Perilaku kesehatan orang dari pendidikan kesehatan jauh lebih baik apabila dibandingkan perilaku kesehatan orang dari pendidikan umum.

Perilaku kesehatan orang berpendidikan kesehatan itu jauh lebih memahami konsep kesehatan dan implementasinya. Sementara orang yang berpendidikan umum perilaku dalam memahami konsep-konsep kesehatan lebih sedikit rendah bila dibandingkan seorang lulusan dari pendidikan kesehatan. Namun yang diharapkan antara keduanya adalah saling bersinergi sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing. Seorang sarjana kesehatan bagaimana dengan suatu pendidikan kesehatan yang diperolehnya dapat diterapkan sehingga masyarakat dapat memperoleh manfaatnya.

Di balik itu, jenjang pendidikan seseorang akan memengaruhi perilaku-perilaku kesehatan. Seseorang misalnya lulusan SMA akan berbeda perilaku kesehatannya dengan lulusan S-1, begitu juga antara orang lulusan S-2 berbeda perilaku kesehatannya dengan seorang lulusan Doktor. Pengetahuan formal dari jenjang pendidikan tersebut akan membentuk suatu perilaku kesehatan berdasarkan tingkat jenjang pendidikan seseorang. Dengan demikian dirumuskan bahwa “semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang maka semakin baik pola perilaku kesehatannya, dan semakin banyak ia belajar ilmu kesehatan maka semakin baik perilaku kesehatannya”.

3. Jenis Kelamin

Antara laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam pola dan perilaku kesehatan. Perbedaan perilaku kesehatan antara laki-laki dan

perempuan kerap disebabkan oleh pengetahuan dan kebiasaannya. Perbedaan perilaku antara perempuan dan laki-laki ini terlihat dari hal yang kecil sampai hal besar. Dari konsep ini, studi kasus perempuan lebih banyak berat badan bertambah dalam waktu dekat apabila dibandingkan dengan laki-laki. Penyebab utamanya adalah perempuan lebih banyak mengonsumsi makanan berlemak daripada laki-laki, sehingga itu adalah menjadi penyebab utama banyaknya wanita yang memiliki berat badan yang berlebihan bila dibandingkan laki-laki.

Bagi kaum laki-laki kebanyakan berat badan bertambah bukan disebabkan makanan, akan tetapi lebih pada banyaknya jam istirahat dan juga pikiran lebih tenang dalam berpikir. Ketika seorang laki-laki waktu istirahatnya lebih banyak dan teratur dan gangguan pikirannya pun tidak terlalu banyak ini akan memengaruhi berat badan seorang laki-laki akan mudah bertambah. Namun, terkait dengan sebuah istilah perilaku, juga akan dipengaruhi gejala jiwa seseorang bahwa ada yang berpikir dengan santai untuk apa sesuatu masalah itu dipikirkan kalau hanya membuang-buang waktu sehingga oleh seorang laki-laki karena perilakunya mampu mengatasi masalah yang dihadapi maka ia akan terhindar dari gejala-gejala yang memengaruhi kesehatannya.

Dengan demikian antara laki-laki dan perempuan memiliki suatu pemahaman yang berbeda dalam berperilaku kesehatan. Dari itu dapat dirumuskan: antara laki-laki dan perempuan memiliki suatu perbedaan dalam perilaku kesehatannya berdasarkan pengetahuan dan kebiasaan. Antara laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan sifat dan perilaku terutama dalam kesehatan. Sementara dalam hal perbedaan usia antara sesama laki-laki atau perempuan juga memiliki waktu tersendiri kapan dan berapa lama ia berperilaku terhadap suatu kesehatan. Katakanlah seorang perempuan remaja berusia 16-20 tahun mempunyai atau memiliki tabiat atau perilaku tertentu, keanehan misalnya dalam hal hobi makan dan itu ada masa berlakunya.

4. Pekerjaan

Pekerjaan akan memengaruhi perilaku kesehatan seseorang itu. Demikian pula khususnya pada jenis pekerjaannya, seseorang yang mempunyai pekerjaan berat seperti kuli bangunan dalam bekerja, ia

mengeluarkan energi yang banyak, harus mempunyai waktu istirahat yang cukup untuk mengembalikan stamina dan daya tahan tubuh agar tetap stabil seperti semula. Begitu juga dengan pekerjaan ringan akan memengaruhi daya tahan tubuh, walau misalnya tidak begitu banyak menghabiskan energi akan tetapi haruslah berhati-hati dalam melakukan pekerjaannya.

Dalam pandangan lain, perilaku orang yang mempunyai suatu pekerjaan berat bisa saja tidak terlalu peduli terhadap kesehatannya, karena ia lebih disibukkan pada pekerjaannya. Bahkan jam makan pun tidak terlalu teratur, termasuk menu makanannya sehingga seseorang itu tidak peduli pada kesehatannya. Kasus seperti ini menandakan bahwa perilaku kesehatan orang pekerja berat terhadap kesehatan lebih rendah apabila dibandingkan dengan orang bekerja ringan.

Sementara kepedulian kesehatan terhadap dirinya oleh seorang pekerja juga memiliki perbedaan perilaku kesehatan antara pekerja berat atau pekerja ringan. Demikian pula pekerjaan dalam jabatan, seorang pejabat akan memiliki tuntutan pekerjaan yang tinggi dan disiplin walau misalnya tidak menguras keringat layaknya kuli suatu bangunan tetapi menyita pemikiran untuk menyelesaikannya. Dalam hal berperilaku untuk sebuah kesehatan oleh pejabat memiliki pola atau perilaku yang tinggi dan peduli. Namun perbedaan antara pekerja berat dan pekerja dalam jabatan dapat dilihat dari pengetahuannya, sehingga dari itu, mereka akan berperilaku berdasarkan apa yang mereka pahami selama ini.

5. Sosial

Sosial selalu dapat diartikan sebagai hidup bermasyarakat dalam jumlah banyak penduduknya. Di sosial masyarakat selain banyaknya jumlah penduduk juga dilatarbelakangi oleh berbagai latar belakang asal usul kehidupan termasuk keturunannya. Demikian halnya dalam karakter dan perilaku tidak hanya pada pandangannya untuk kesehatan atau perilaku terhadap aspek kehidupan lain pun demikian berbeda.

Setiap orang dalam kehidupan sosial masyarakat itu mempunyai perbedaan perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan sosial masyarakat ini dilatarbelakangi oleh banyak faktor sebagaimana telah disebutkan di atas faktor keturunannya atau dipengaruhi oleh budaya yang sudah

mentradisi di kalangan masyarakat itu sendiri. Dalam masyarakat bila telah tertanam tradisi dan kebiasaan bahwa suatu kesehatan itu penting maka bukan tidak mungkin suatu masyarakat di daerah tertentu akan mempertaruhkan perilaku sehat tersebut menjadi sebuah modal utama dalam aspek kehidupan mereka. Aspek utama modal kesehatan di sini adalah di mana masyarakat aktif menjaga perilaku kesehatan sebagai landasan kuat bagi generasi penerusnya masyarakat berikutnya.

6. Ekonomi

Ekonomi dalam perilaku kesehatan adalah suatu kondisi sistem perekonomian nasional memengaruhi keadaan kehidupan ekonomi masyarakat secara nasional pada umumnya. Pada saat terjadinya krisis moneter 1998, ekonomi Indonesia corat marit tidak menentu, sehingga semua waktu itu telah memengaruhi tatanan kehidupan nasional pada umumnya. Ditinjau dari segi ekonomi, semua harga kebutuhan pokok naik harganya sementara daya beli masyarakat lemah. Sementara itu, berbagai penghasilan rakyat apakah pertanian, perikanan, perkebunan, dan sebagainya memiliki nilai jual yang rendah di pasar nasional.

Kondisi di atas membuat perilaku kesehatan masyarakat akan menjadi tidak karuan yang disebabkan sistem perekonomian Indonesia tidak stabil. Masyarakat pada saat sistem keadaan ekonomi melemah juga mereka akan menerima dampaknya. Terkait perilaku kesehatan dalam kondisi ekonomi nasional tidak stabil masyarakat dapat saja berperilaku tidak terlalu peduli terhadap pentingnya kesehatan. Dalam kondisi seperti itu, masyarakat lebih fokus menyelamatkan sistem ekonomi dari pribadi masing-masing yang penting bagaimana mereka dapat mempertaruhkan kehidupannya dalam menghadapi di mana ekonomi sedang tidak stabil.

Dari penjelasan kondisi di atas maka sistem perekonomian akan memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat yaitu di mana setiap masyarakat tidak terlalu fokus masuk dalam ranah perilaku kesehatan akan tetapi lebih fokus memikirkan bagaimana mereka berpikir sistem ekonomi nasional segera pulih. Tatanan ekonomi yang stabil akan membuat kehidupan masyarakat menjadi baik dan berdampak positif terhadap perilaku kesehatan masyarakat.

7. Budaya

Budaya merupakan tradisi yang telah lama berlangsung dalam kehidupan masyarakat. Budaya dibentuk dari kebiasaan-kebiasaan masyarakat yang mempunyai nilai-nilai karakteristik tersendiri. Setiap daerah memiliki budaya atau tradisi masing-masing, di mana tradisi tersebut berlaku pada semua perilaku aspek kehidupan masyarakatnya. Suatu kebudayaan selalu identik dengan kesenian yang ditampilkan dalam perayaan-perayaan tertentu, pernyataan tersebut apabila budaya dilihat arti sempit. Sementara apabila budaya dilihat secara luas dan terbuka bahwa budaya itu adalah semua aspek kehidupan yang dianut oleh sekelompok masyarakat suatu wilayah di mana aspek-aspek itu telah dijadikan menjadi kebiasaan dan ada nilai-nilai berdasarkan kepercayaan di dalamnya.

Suatu kepercayaan berdasarkan nilai akan membentuk perilaku tertentu sebagai contoh masyarakat di suatu wilayah-wilayah tertentu dalam berperilaku untuk kesehatan adanya keyakinan dan kepercayaan dalam mencari pengobatan misalnya lebih percaya pada dukun daripada medis, lebih percaya memakai obat herbal daripada generik dan ini adalah sebagai sebuah kepercayaan dalam berperilaku kesehatan.

Kebiasaan dalam perilaku kesehatan tersebut telah menjadi hal keyakinan artinya kepercayaan yang sulit untuk diubah. Dalam hal ini, yang sangat penting adalah bagaimana perilaku-perilaku kesehatan itu akan mampu membentuk perilaku hidup sehat secara rasional bukan dalam arti bertahan pada suatu tradisi kebiasaan tradisional. Kebiasaan bersifat tradisional dalam berperilaku kesehatan dapat dipertahankan sebatas masih mungkin akan mampu memberikan yang terbaik dalam setiap kehidupan masyarakat tersebut, namun apabila kebiasaan itu tidak lagi mampu memberi suatu petunjuk atau nilai terbaik bagi masyarakat maka tidak ada salahnya dilakukan pergeseran kebudayaan perilaku kesehatan dari tradisional ke rasional.

8. Teknologi

Teknologi adalah temuan-temuan baru yang dapat diakses untuk mempermudah melakukan pekerjaan dalam bentuk apa saja. Teknologi dalam bentuk media informasi telah memberi ruang gerak yang luas

dalam berkomunikasi. Kehadiran teknologi akan memberi jangkauan luas bagi siapa saja dengan jarak tanpa batas. Berbagai informasi ilmu pengetahuan atau temuan terbaru akan diperoleh melalui teknologi tersebut, oleh karena itu teknologi akan dijadikan sebagai alat media dalam menyebarkan ilmu pengetahuan.

Kehadiran teknologi telah mampu mengubah peradaban dunia ini, kalau di bawah tahun 2000 belum masuk pada ranah globalisasi yang mendunia tapi seiring waktu masyarakat telah menikmati kehadiran globalisasi atau teknologi tersebut. Era globalisasi ditandai dengan terciptanya dan hadirnya berbagai teknologi canggih dalam berbagai aspek kehidupan. Hari ini apa yang terjadi di belahan kutub utara, suatu penyakit dalam ilmu kesehatan akan langsung diketahui informasinya oleh masyarakat dunia di mana pun mereka berada tanpa sulit untuk memperolehnya.

Terhadap dunia kesehatan kehadiran globalisasi ditandai dengan telah terciptanya berbagai alat medis yang mampu melakukan apa saja terhadap kesehatan atau kehidupan masyarakat. Kemajuan teknologi di bidang kesehatan salah satunya ditandai telah banyaknya alat-alat kesehatan atau medis yang digunakan melakukan berbagai aktivitas kesehatan manusia terutama teknologi alat-alat digunakan dalam mempermudah kerja dalam tenaga kesehatan.

Dalam hal perilaku masyarakat untuk mencari pengobatan tidak terlalu sulit untuk mendapatkan informasi yang akurat baik itu sumber penyakit atau pengobatannya. Dengan kemajuan teknologi tersebut telah membuat perubahan perilaku masyarakat akan kesehatan yaitu mudahnya memperoleh informasi yang berupa sumber penyakit, dan pendekatan pengobatan yang akan ditempuh. Demikian sebaliknya proses yang akan dilakukan dalam suatu tindakan medis pun sudah dapat dilihat sebelum dilakukan tindakan medis, dengan kemajuan ini pun telah memberi ruang gerak yang luas bagi masyarakat mengubah perilaku kesehatannya.

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



BAB 8

PEMBERDAYAAN KESEHATAN DI LEMBAGA PENDIDIKAN

A. Pendahuluan

Pemberdayaan kesehatan tidak hanya dilakukan di masyarakat umum, akan tetapi dalam lembaga pendidikan atau sekolah pun dapat dilakukan baik oleh sekolah yang bersangkutan atau petugas kesehatan dari luar yang sengaja datang ke sekolah untuk memberdayakan masyarakat sekolah agar dapat hidup sehat. Pemberdayaan kesehatan di lingkungan lembaga pendidikan itu sangat penting karena mengingat bahwa lembaga pendidikan adalah sebagai institusi mendidik anak atau peserta didik. Pemberdayaan kesehatan bagi masyarakat sekolah sangat mudah untuk dilakukan mengingat lembaga pendidikan sebagai tempat memberdayakan peserta didik untuk menjadi manusia yang seutuhnya.

Di lembaga pendidikan dapat disebut sebagai suatu organisasi karena di dalamnya terdapat guru dan siswa dalam jumlah banyak dan memiliki karakter dan status sosial yang berbeda pula. Penyamaan persepsi untuk sebuah perilaku kesehatan sangatlah mudah dilakukan bagi peserta didik, mereka diberikan pendidikan dalam proses belajar. Pembelajaran yang dilakukan di setiap sekolah atau lembaga pendidikan merupakan pemberdayaan peserta didik supaya peserta didik tersebut dapat hidup terampil, mandiri, kreatif, sehat jasmani dan rohani, berkarakter kuat, dan demokratis serta bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Pada prinsip pemberdayaan kesehatan tersebut diawali dari lembaga pendidikan, karena siswa merupakan peserta didik suatu saat

mereka akan menjadi masyarakat, sehingga dengan telah dilakukan pemberdayaan kesehatan di lembaga pendidikan tersebut para siswa kembali ke masyarakat telah memahami hidup sehat dan berperilaku hidup sehat. Namun apabila dievaluasi selama ini cenderung sekolah tidak banyak proses belajar mengajarnya dalam materi kesehatan hanya ada ekstrakurikuler atau disebut Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang dilakukan selama ini hanya fokus selain menjaga kebersihan sekolah juga adanya Program Kantin Sehat dan lomba kebersihan antar kelas dalam satu kelas. Namun masih banyak pendidikan kesehatan yang harus diajarkan kepada peserta didik, tidak hanya sebatas kegiatan UKS dan kantin sehat. Pendidikan kesehatan di sekolah atau di lembaga pendidikan sebaiknya didesain berdasarkan suatu kurikulum. Kalau kita melihat selama ini sekolah dasar, sekolah menengah pertama, dan sekolah atas tidak ada yang menganut atau mata pelajaran pendidikan kesehatan khusus (pendidikan kesehatan masuk kurikulum penjaskes) dan itu yang diajarkan adalah olahraga. Sistem kurikulum pendidikan selama ini ada baiknya dilakukan perubahan apalagi dunia baru saja dilanda Covid-19 sehingga pendidikan kesehatan dirasa penting untuk setiap lembaga pendidikan secara nasional.

B. Pengertian Lembaga Pendidikan

Secara umum lembaga pendidikan dapat diartikan sebagai tempat proses belajar mengajar antara guru dengan peserta didik. Sebagai tempat proses belajar dan mengajar tersebut ada yang formal, informal, dan nonformal dan yang membedakan hanya jenis dan jenjang sekolahnya. Lembaga pendidikan formal menganut sistem kurikulum nasional dan prinsipnya terintegrasi dengan Kementerian Pendidikan Kebudayaan. Selain menggunakan kurikulum nasional suatu lembaga pendidikan formal juga memberlakukan kurikulum lokal atau mata pelajaran berbasis kearifan lokal. Lembaga pendidikan formal tersebut, sekarang tidak lagi seperti dulu akan tetapi sekarang telah banyak lembaga pendidikan dari nonformal menjadi formal, contohnya lembaga sekolah-sekolah swasta dan pesantren modern dan sebagainya telah menjadi formal terintegrasi dengan Kementerian Pendidikan dan Kementerian

Agama. Dan ini sebagai pertanda bahwa ada suatu perkembangan dan kemajuan dalam bidang pengembangan manajemen pendidikan di level sekolah dan ke depannya kita berharap jauh lebih baik lagi perubahan manajemen sekolah itu.

Sedangkan lembaga pendidikan informal sebagaimana disebutkan Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Tahun 2003 adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan. Pendidikan informal ini walau sifatnya tidak formal sebagaimana disebutkan di atas (pendidikan formal) tapi pada praktiknya banyak memberikan pembelajaran kepada anak di lingkungan keluarga bahkan sangat memberikan manfaat besar dalam pengembangan wawasan dan pengetahuan si anak. Dan lembaga-lembaga pendidikan informal ini banyak dilakukan dalam lingkungan masyarakat yang sifat pendidikan dan kurikulumnya adalah pembelajaran pendidikan belajar baca Qur'an atau kursus-kursus tertentu. Pendidikan informal tersebut sangat mendukung masyarakat terutama pemerintah untuk memajukan pendidikan nasional pada umumnya. Dapat juga disebutkan bahwa dari pendidikan informal inilah pendidikan dasar pada anak diterapkan, barulah seorang anak melanjutkan pendidikannya ke lembaga pendidikan formal.

Lebih jelasnya dalam Undang-Undang Sisdiknas 2003 dalam Pasal 27 tentang Pendidikan Informal disebutkan dalam beberapa ayat berikut adalah:

- (1) Kegiatan pendidikan informal yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar mengajar secara mandiri.
- (2) Hasil pendidikan informal sebagaimana disebut dalam ayat (1) diakui sama dengan pendidikan formal dan nonformal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan.
- (3) Ketentuan mengenai pengakuan hasil pendidikan informal sebagaimana disebutkan pada ayat-ayat di atas diatur lebih lanjut dengan peraturan pemerintah.

Bahkan dalam hal yang sangat implisit dapat ditegaskan bahwa tidak ada pendidikan yang paling awal dan dasar diterapkan selain pendidikan informal bagi seorang anak. Artinya adalah pendidikan informal mengawali pendidikan dasar dan pengetahuan anak dalam hidupnya. Untuk itu, pendidikan anak secara informal ini perlu

dilakukan dengan sesungguhnya, sehingga anak telah mendapat dasar-dasar pendidikan karakter di lingkungan keluarganya. Sementara yang menjadi pendidik dalam skala informal ini adalah anggota keluarga seorang anak bersangkutan, yaitu bapak, ibunya, dan anggota keluarga lainnya. Sementara di lingkungannya selain bentuknya kursus akan tetapi ada juga pendidikan karakter yang diajarkan misalnya anak ikut pengajian cara baca Al-Qur'an dan ini sebagai pendidikan mendasar dalam membentuk perilaku anak.

Sedangkan pendidikan nonformal dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Tahun 2003 Bagian Kelima Pasal 26 dari ayat 1 sampai dengan 7 adalah sebagai berikut.

- (1) Pendidikan nonformal diselenggarakan bagi warga masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan yang berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan/atau pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan sepanjang hayat.
- (2) Pendidikan nonformal berfungsi mengembangkan potensi peserta didik dengan penekanan pada penguasaan pengetahuan dan keterampilan fungsional serta mengembangkan sikap dan kepribadian profesional.
- (3) Satuan pendidikan nonformal meliputi kecakapan hidup, pendidikan anak usia dini, pendidikan kepemudaan, pendidikan pemberdayaan perempuan, pendidikan keaksaraan, pendidikan keterampilan dan pelatihan kerja, pendidikan kesetaraan, serta pendidikan lain yang ditunjukkan untuk mengembangkan peserta didik.
- (4) Satuan pendidikan nonformal terdiri dari lembaga kursus, lembaga pelatihan, kelompok belajar, pusat kegiatan belajar masyarakat, dan majelis taklim, serta satuan pendidikan yang sejenis.
- (5) Kursus dan pelatihan diselenggarakan bagi masyarakat yang memerlukan bekal pengetahuan, keterampilan, kecakapan hidup, dan sikap untuk mengembangkan diri, mengembangkan profesi, bekerja, usaha mandiri, dan/atau melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.
- (6) Hasil pendidikan nonformal dapat dihargai setara dengan hasil program pendidikan formal setelah melalui proses penilaian penyetaraan oleh lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah atau

pemerintah daerah dengan mengacu pada standar nasional pendidikan.

- (7) Ketentuan mengenai penyelenggaraan pendidikan nonformal sebagaimana disebutkan pada ayat-ayat di atas akan diatur lebih lanjut dengan peraturan pemerintah.

Dari berbagai pendidikan nonformal di atas walau ada yang melakukan pembinaan perilaku kesehatan akan tetapi permasalahan teknisnya akan diatur dalam peraturan khusus pemerintah atau pemerintah daerah di luar Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional tersebut. Apabila dilihat dari berbagai aktivitas pada ayat-ayat pendidikan nonformal di atas sedikit bahkan sama sekali tidak ada yang menyentuh perilaku kesehatan tapi lebih mengarah pada hal-hal umum tidak ada mengarah pada kecakapan kesehatan dan sebagainya. Dapat diambil suatu kesimpulan bahwa pemberdayaan kesehatan pada lembaga-lembaga nonformal, informal masih belum menyentuh program khusus upaya pemberdayaan kesehatan masyarakat.

C. Lembaga Pendidikan Umum dan Kesehatan

Sangat jelas perbedaan antara tujuan sekolah sebagai organisasi dengan tujuan organisasi lainnya. Tujuan organisasi sekolah berdasarkan tujuan dari pendidikan nasional sebagaimana diamanatkan UUD 1945. *Pertama*, pendidikan diselenggarakan untuk mencerdaskan kehidupan bangsa; dan *Kedua*, pendidikan sebagai hak seluruh rakyat Indonesia. Tujuan pendidikan nasional dijabarkan di dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Tahun 2003 pada Bab II Pasal 3, yakni pendidikan nasional bertujuan untuk mengembangkan potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat jasmani dan rohani, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, menjadi warga negara yang demokratis dan bertanggung jawab.

Prinsip penyelenggaraan pendidikan disebutkan di Pasal 1 dapat dilakukan dengan cara: (a) demokratis, berkeadilan, dan tidak diskriminatif, menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai kultural, dan kemajemukan bangsa; (b) pendidikan diselenggarakan sebagai satu kesatuan yang sistemik dengan sistem terbuka dan multimakna; (c) pendidikan dilakukan sebagai suatu proses

pembudayaan, pemberdayaan peserta didik yang berlangsung sepanjang hayat; (d) pendidikan dilakukan dengan memberikan keteladanan, membangun kemauan, mengembangkan kreativitas peserta didik dalam proses pembelajaran; (e) pendidikan diselenggarakan dengan mengembangkan budaya, menulis, dan berhitung bagi warga negara; (f) pendidikan diselenggarakan dengan memberdayakan semua komponen masyarakat melalui peran serta dalam penyelenggaraan dan pengendalian mutu pendidikan. Prinsip tersebut dilaksanakan melalui satuan dan jenjang pendidikan dalam hal ini yaitu sekolah.

Telah disebutkan di atas bahwa lembaga pendidikan terdiri; pendidikan formal, nonformal, dan informal dan lembaga pendidikan tersebut berbentuk umum atau ada lembaga pendidikan khusus. Namun pada prinsipnya masyarakat menyelenggarakan pendidikan berdasarkan suatu kebutuhan dan kemampuan masing-masing pendiri. Suatu kendala dalam menyelenggarakan pendidikan khusus karena keterbatasan berbagai sumber daya terutama pembiayaan termasuk sumber daya manusianya, sehingga mayoritas orang mendirikan lembaga pendidikan umum daripada lembaga pendidikan khusus atau kesehatan.

Untuk memahami konsep permasalahan ini lebih mendalam maka berikut akan dibahas perbedaan antara lembaga pendidikan umum dan pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Lembaga Pendidikan Umum

Telah disebutkan di atas bahwa satuan pendidikan adalah layanan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan pada jalur formal, nonformal, dan informal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan. Untuk pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Sementara pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur berjenjang.

Lembaga pendidikan umum sering disebut sebagai sekolah umum yang mengajarkan para peserta didiknya dengan kurikulum umum dan tidak secara khusus untuk sebuah spesifikasi dari keahlian ilmu atau

disiplin ilmu pengetahuan. Lembaga pendidikan umum ini memiliki jenis dan jumlah yang banyak bahkan ribuan di Indonesia. Lembaga pendidikan umum selain pemiliknya pemerintah ada juga perkumpulan masyarakat, perseorangan, milik asing, dan sebagainya.

Secara umum, dapat disebutkan lembaga pendidikan umum yang selama ini mengajarkan dan beroperasi dalam proses belajar mengajar di Indonesia di antaranya; sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, dan perguruan tinggi dalam bentuk universitas atau kurikulumnya berbasis umum. Sekolah-sekolah yang disebutkan tersebut tidak disebutkan ada istilah tertentu; misalnya sekolah dasar Islam terpadu, sekolah menengah pertama Islam terpadu, dan sebagainya. Sementara apabila ada istilah “*Khusus*” dalam sebutan sekolah tersebut maka di sekolah itu mengajarkan pendidikan khusus atau adanya keterpaduan kurikulum antara nasional dan lokal atau khusus tersebut.

Lembaga pendidikan umum atau sekolah umum memiliki ciri khusus sebagai berikut; Kurikulum pendidikan yang diselenggarakan bagi peserta didik menganut sistem semua ilmu pengetahuan umum, keilmuan yang diajarkan pada peserta didik tidak terlalu mendalam; hampir semua dalam kurikulumnya yang diajarkan berbasis teori sehingga lulusan tidak memiliki suatu keahlian khusus. Sementara lembaga pendidikan umum ini apabila dibandingkan dengan dunia kerja sekarang kurang memenuhi lulusannya untuk diterima di lapangan kerja khusus, karena kurikulum yang diajarkan tidak berbasis keahlian dengan jumlah pembelajaran 70% praktik dan 30% teori. Apabila melihat dan dilakukan analisis saat ini bahwa sangat tepat sekali apabila lembaga pendidikan dilakukan perubahan kurikulum secara nasional untuk memenuhi tuntutan kerja di perusahaan.

2. Lembaga Pendidikan Kesehatan

Pada prinsipnya lembaga pendidikan kesehatan adalah sekolah yang menyelenggarakan kurikulum berbasis kesehatan. Sekolah kesehatan tersebut memberikan pengetahuan dasar dan lanjutan kepada peserta didik dengan konsep praktis dan praktik tentang kesehatan. Namun juga pada dasarnya sekolah kesehatan tersebut ruang lingkupnya ada dalam

sekolah umum hanya beda prodi atau jurusan. Katakanlah misalnya di universitas umum ada Fakultas Kesehatan dengan berbagai prodi kesehatan dan lebih khusus lagi ada Akademik Analisis Kesehatan, Kebidanan, Keperawatan, Gizi, ada Politeknik Kesehatan, dan sebagainya. Semuanya lembaga pendidikan di atas menyelenggarakan program pendidikan kesehatan.

Demikian pula halnya di lembaga kesehatan tingkat SMA, misalnya ada SMK Farmasi, SMK Kesehatan, dan/atau sebagainya. Sekolah-sekolah kesehatan tingkat SMA tersebut semua akan menyelenggarakan pendidikan dengan kurikulum berbasis kesehatan. Lembaga pendidikan kesehatan dalam pengembangan SDM peserta didik jauh lebih baik dan mudah melakukan sesuatu terkait dengan pemberdayaan kesehatan langsung dapat diterapkan terhadap peserta didik yang mana siswa memang sebagai siswa pendidikan kesehatan, selain mereka menguasai kurikulum dan memahami pokok permasalahan kesehatan begitu juga dalam implementasi dan mengatasi berbagai permasalahan kesehatan.

Melalui lembaga pendidikan berbasis khusus kesehatan tersebut, lulusannya akan bisa menjadi pilar kesehatan atau dengan kata lain sebagai tenaga kesehatan di masyarakat untuk memenuhi tuntutan kerja dan sebagainya, sehingga sekolah kesehatan atau lembaga kesehatan selain mengajarkan peserta didiknya adalah merupakan bagian pemberdayaan kesehatan bagi siswa-siswanya. Pendekatan pembelajaran di sekolah kesehatan tersebut peserta didiknya akan dibekali dengan berbagai metode pengetahuan ilmu kesehatan yang berteknologi tinggi. Sebab saat ini alat-alat bantu kesehatan sudah canggih semuanya, sehingga mengoperasikan harus dengan kemampuan peserta didik dengan semumpuni mungkin. Artinya suatu pendidikan kesehatan yang diajarkan kepada peserta didik haruslah berbanding lurus dengan kemajuan dari alat dan teknologi kesehatan tersebut.

Apabila kemampuan dan kecakapan peserta didik kesehatan tersebut tidak mampu dalam melaksanakan tugasnya termasuk penggunaan alat medis akan memengaruhi pelayanan yang tidak efektif terhadap pasien dan sebagainya, sehingga berakibat pada fatalnya nyawa manusia. Pendidikan kesehatan (*health education*) khususnya bagi peserta didik untuk menanamkan suatu kebiasaan hidup sehat agar dapat bertanggung jawab terhadap kesehatan diri sendiri serta lingkungannya

serta ikut aktif di dalam usaha-usaha kesehatan. Dengan demikian pendidikan kesehatan dapat juga disebut sebagai usaha-usaha untuk mencapai tujuan kesehatan baik untuk diri sendiri maupun terhadap lingkungan tempat tinggal.

Menurut Notoatmodjo, cara mencapai tujuan pendidikan kesehatan diperlukan tahap-tahap sebagai berikut:

- a. Memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat.
- b. Menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat.
- c. Membentuk kebiasaan hidup sehat.

Lebih lanjut Atmodjo tersebut mengungkapkan hal-hal pokok sebagai materi dasar untuk menanamkan perilaku atau kebiasaan hidup sehat adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan suatu pengetahuan tentang kebersihan perseorangan (*personal hygiene*) dan kebersihan, terutama lingkungan sekolah.
- b. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular; dengan cara hidup bersih dan imunisasi, pemberantasan nyamuk, kecoa, tikus, dan binatang lain yang dapat menularkan penyakit.
- c. Penyakit-penyakit tidak menular (penyebab dan cara pencegahannya).
- d. Memberikan suatu pengetahuan tentang makanan bergizi; mengenalkan dengan berbagai makanan bergizi, menilai makanan bergizi, kebersihan makanan, penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi, dan sebagainya.
- e. Pencegahan kecelakaan atau keamanan diri.
- f. Memberikan pengetahuan tentang fasilitas kesehatan yang profesional, dan sebagainya.

Selain memberikan materi dasar tentang kesehatan terhadap siswa di sekolah, selanjutnya Notoatmodjo (2005) juga memberikan beberapa teknik pemeliharaan kesehatan dan pelayanan di sekolah. Sebagaimana ia menyebutkan bahwa sekolah sebagai suatu komunitas, meskipun dari komunikasi komunitas ini berkisar 6-8 jam namun perlu adanya pemeliharaan kesehatan khusus bagi murid-murid. Disebutkan oleh Atmodjo ini, bahwa pemeliharaan kesehatan di sekolah ini mencakup:

- a. Pemeriksaan kesehatan secara berkala, baik pemeriksaan umum atau khusus misalnya: gigi, paru-paru, kulit, gizi, dan sebagainya.

- b. Pemeriksaan dan pengawasan kebersihan lingkungan.
- c. Melakukan usaha-usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, antara lain dengan imunisasi.
- d. Usaha perbaikan gizi.
- e. Usaha kesehatan gigi sekolah.
- f. Mengenal kelainan-kelainan yang memengaruhi pertumbuhan jasmani, rohani, dan sosial misalnya; penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- g. Mengirimkan murid yang membutuhkan perawatan khusus atau lanjutan ke puskesmas atau rumah sakit.
- h. Pertolongan pertama pada kecelakaan dan pengobatan ringan.

Berbagai pemeliharaan kesehatan yang disebutkan di atas merupakan peran-peran yang dapat dilakukan di sekolah kesehatan namun tidak tertutup pula pada lembaga pendidikan umum. Karena pendekatan yang dilakukan di atas sangat substansial dengan kebutuhan peserta didik akan kesehatan. Dari itu pada lulusan sekolah baik kesehatan maupun yang lembaga pendidikan umum mempunyai dasar pengetahuan yang luas akan kesehatan.

D. Usaha Kesehatan Sekolah

Suatu usaha pemberdayaan kesehatan di sekolah tidak hanya dilakukan melalui lembaga pendidikan kesehatan saja tetapi dapat dilakukan pemberdayaan kesehatan di sekolah umum juga dan dengan istilah lain adalah melalui suatu kegiatan promosi kesehatan di sekolah. Sekolah sebagai lembaga pendidikan mempunyai visi utama yaitu untuk mencerdaskan anak bangsa yang cerdas dan terampil, dan tidak terkecuali menjadi sehat jasmani dan rohani. Sehat jasmani dan rohani sebagaimana yang dimaksudkan ini adalah merupakan landasan untuk sebuah kecerdasan dan keterampilan, tapi kalau kesehatan jasmani dan rohaninya tidak sehat bagaimana mungkin seorang peserta didik akan mampu terampil, cerdas, dan sebagainya.

Dengan demikian untuk membangun kepribadian siswa yang mantap maka pengetahuan akan kesehatan tersebut harus menjadi suatu pengetahuan dasar bagi siswa di sekolah. Usaha tersebut dapat saja

dilakukan melalui promosi-promosi kesehatan di sekolah sebagaimana yang disebutkan oleh Notoatmodjo (2005: 363-367) sebagai berikut:

Bahwa kesehatan tersebut dibentuk dari tatanan keluarga sebagai sekolah pertama bagi anak. Promosi kesehatan di sekolah pada prinsipnya menciptakan sekolah sebagai komunitas yang peduli kesehatan. Oleh karena itu, promosi kesehatan di sekolah mencakup tiga usaha, yaitu: Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat (*healthful school living*) dan fisik yang sehat.

Lingkungan sekolah yang sehat mencakup 2 aspek, yakni sosial (nonfisik dan fisik).

1. Aspek Nonfisik (Mental-Sosial):

Lingkungan sosial sekolah adalah menyangkut hubungan antara komponen komunitas sekolah (murid, guru, pegawai sekolah, dan orang tua murid). Lingkungan mental-sosial yang sehat terjadi apabila hubungan yang harmonis, dan kondusif di antara komponen masyarakat sekolah. Hubungan yang harmonis ini akan menjamin terjadinya pertumbuhan dan perkembangan anak atau murid dengan baik, termasuk tumbuhnya perilaku hidup sehat.

2. Lingkungan Fisik Terdiri dari:

a. Lingkungan sekolah dan lingkungannya yang terdiri dari:

- 1) Tempat sekolah tidak berdekatan dengan tempat-tempat umum atau keramaian; pasar, terminal, mall, dan sebagainya.
- 2) Besar dan konstruksi gedung sekolah sesuai dengan jumlah murid yang ditampungnya. Tersedia halaman sekolah dan kebun sekolah.
- 3) Ventilasi memadai sehingga menjamin adanya sirkulasi udara setiap ruang kelas.
- 4) Penerangan atau pencahayaan harus cukup, utamanya cahaya dari sinar matahari dapat masuk ke setiap ruang kelas.
- 5) Sistem pembuangan air limbah maupun air hujan dijamin tidak menimbulkan genangan (harus mengalir).
- 6) Tersedia air bersih dan pembuangan air besar atau air kecil (jamban).

- 7) Tersedia tempat pembuangan sampah di setiap kelas, dan teras sekolah.
- 8) Tersedianya kantin atau warung sekolah, sehingga kebersihan dan keamanan makanan dapat diawasi.

b. Pemeliharaan Kebersihan Perorangan dan Lingkungan

Pemeliharaan kebersihan perseorangan dan lingkungan tersebut dimaksudkan Notoatmodjo (2005) merupakan faktor yang sangat penting dalam menciptakan lingkungan sekolah yang sehat. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam rangka pemeliharaan kebersihan perseorangan (*personal hygiene*), khusus bagi murid-murid sekolah adalah:

- 1) Kebersihan kulit, kuku, rambut, telinga, dan hidung.
- 2) Kebersihan mulut dan gigi.
- 3) Kebersihan dan kerapian pakaian.
- 4) Memakai alas kaki (sepatu atau sandal).
- 5) Cuci tangan sebelum memegang makanan, dan sebagainya.

Sedangkan kebersihan lingkungan yang perlu diperhatikan antara lain:

- 1) Kebersihan perlengkapan sekolah (bangku, meja, dan alat sekolah yang lain).
- 2) Kebersihan kaca, jendela, dan lantai.
- 3) Kebersihan ruang kelas.
- 4) Membuang sampah pada tempatnya.
- 5) Membiasakan tidak meludah di sembarang tempat.
- 6) Pemeliharaan taman atau kebun sekolah.

c. Keamanan Umum Sekolah dan Lingkungannya

- 1) Adanya pagar sekolah, untuk mencegah atau mengurangi murid-murid keluar masuk gedung sekolah, sehingga membahayakan keselamatan sekolah.
- 2) Halaman dan gang atau jalan masuk sekolah mudah dilewati atau tidak becek di musim hujan dan berdebu di musim kemarau.

- 3) Adanya tanda lalu lintas khusus sebagai pemberitahuan kepada pemakai jalan agar waspada di lingkungan sekolah (banyak anak-anak berlari-larian).
- 4) Tersedia P3K, tersedia tenaga atau guru-guru yang terlatih di bidang P3K.

Hasil penelitian Arifin (2007), Strategi Kepala Sekolah Capai Juara UKS Nasional bahwa untuk sekolah yang berprestasi tersebut ada Usaha Kegiatan Sekolah (UKS), untuk lebih jelasnya hasil penelitian Arifin (Haris, 2019) akan diuraikan sebagai berikut:

1. Sarana dan prasarana yang memadai, meliputi:
 - a. ruang kepala sekolah;
 - b. ruang guru dan ruang TU;
 - c. sentra-sentra belajar dan peralatannya;
 - d. ruang UKS dan perpustakaan;
 - e. ruang olah tubuh;
 - f. musala dan tempat wudu;
 - g. perpustakaan sekolah yang memadai;
 - h. dapur anak;
 - i. laboratorium audio visual;
 - j. laboratorium komputer;
 - k. tempat cuci tangan dan tempat gosok gigi;
 - l. kamar mandi;
 - m. kolam renang;
 - n. toko dan kantin sehat;
 - o. lapangan olahraga dan upacara;
 - p. area bermain *in door out door*;
 - q. pagar keliling sekolah.
2. Program pengadaan dan perawatan khusus di ruang UKS:
 - a. tempat tidur anak yang mengalami sakit;
 - b. almari obat P3K dan peralatan medis ringan;
 - c. almari khusus administrasi khusus UKS;
 - d. almari miniatur jenis Toga, makanan 4 sehat 5 sempurna 6 halal-thoyiban dan makanan hasil uji tes boraks dan formalin;

- e. papan dan tata struktur pengelola UKS;
 - f. tempat cuci tangan;
 - g. meja kursi dokter dan petugas P3K;
 - h. poster-poster, foto-foto, kliping koran UKS, moto, liflet-liflet informasi kesehatan, dan berbagai aksesoris yang bernuansa anak;
 - i. bendera Merah Putih, UKS, Wilayah Husada, dan Yayasan.
3. Program pengadaan dan perawatan sarana khusus di ruang perpustakaan UKS:
- a. almari buku kesehatan, kedokteran, dan kamus kesehatan;
 - b. rak-rak buku anak, *big book*, dan buku kesehatan karya orang tua anak, karya guru, karya guru lain pemenang lomba;
 - c. meja dan kursi anak;
 - d. karpet untuk membaca;
 - e. poster-poster, foto-foto, kliping koran UKS, moto perpustakaan, liflet-liflet informasi kesehatan, dan berbagai aksesoris yang bernuansa anak;
 - f. sprei dan gordena jendela.
4. Rapat-rapat koordinasi:
- a. rapat evaluasi pelaksanaan UKS rutin setiap bulan;
 - b. rapat guru insidentil terkait UKS dan pemeliharaan lingkungan bersih dan sehat;
 - c. rapat pengurus POMG (Persaudaraan Orang Tua Murid dan Guru) tentang pelaksanaan pengalokasian anggaran POMG untuk UKS setiap triwulan;
 - d. rapat periodik triwulan Tim pelaksana UKS;
 - e. koordinasi/konsultasi dengan Tim Pelaksana UKS Kecamatan;
 - f. penerbitan majalah UKS.
5. Program pendidikan UKS:
- a. penataan dan pelatihan guru UKS;
 - b. penyampaian informasi kegiatan UKS melalui buletin atau majalah;
 - c. penyebarluasan informasi kegiatan UKS lewat media dan dalam forum-forum pertemuan UKS;

- d. pengadaan buku-buku UKS melalui lomba membuat buku kesehatan anak;
 - e. penyuluhan kesehatan untuk semua anak didik dengan media panggung boneka dan alat peraga lainnya;
 - f. sarasehan dan seminar kesehatan untuk orang tua murid;
 - g. pendidikan kesehatan pribadi untuk semua anak didik;
 - h. pengiriman petugas UKS, guru, dan pengurus POMG mengikuti pelatihan;
 - i. program gosok gigi bersama;
 - j. cuci tangan setiap hari, sebelum dan sesudah makan;
 - k. sosialisasi program UKS;
 - l. studi banding dan magang ke sekolah yang berprestasi;
 - m. konsultasi ke TP UKS Kecamatan, Kabupaten, dan Provinsi;
 - n. lokakarya Hepatitis B;
 - o. penyuluhan Hepatitis B.
6. Program pelayanan kesehatan:
- a. penjangkaran kesehatan;
 - b. pemeriksaan kesehatan;
 - c. pemeriksaan gizi;
 - d. penimbangan berat badan;
 - e. pengukuran tinggi badan;
 - f. pengukuran lingkar kepala;
 - g. pemeriksaan badan, kuku, telinga, dan rambut;
 - h. pengenalan makanan sehat;
 - i. pemberantasan cacingan;
 - j. supervisi pelaksanaan program UKS;
 - k. pelatihan konseling NAPZA bagi guru UKS;
 - l. memberikan pelayanan pengobatan ringan;
 - m. pemberantasan sumber penyakit;
 - n. skrining;
 - o. pemberian vitamin A;
 - p. imunisasi;
 - q. pelaksanaan P3P;

- r. konsultasi kesehatan oleh dokter anak dan dokter gigi;
 - s. mengadakan rujukan ke puskesmas dan RSU;
 - t. pengadaan obat-obatan;
 - u. pembentukan Tim Penata Gizi;
 - v. pemeriksaan makanan kantin sehat yang bebas boraks dan formalin dari pakar Badan Obat dan Makanan;
 - w. penataan gizi;
 - x. senam pagi;
 - y. jalan sehat;
 - z. pemberian layanan asuransi kecelakaan 24 jam.
7. Program pembinaan lingkungan sehat:
- a. lomba menggambar dan mewarnai tentang lingkungan sehat;
 - b. lomba cerita lingkungan sehat;
 - c. pembinaan kantin sekolah sehat di sekolah;
 - d. kerja bakti lingkungan atau jum'at bersih;
 - e. pemeliharaan WC dan kamar mandi;
 - f. mengadakan piket setelah istirahat;
 - g. pemeliharaan dapur;
 - h. sosialisasi pemeliharaan hidup sehat;
 - i. mengikuti lomba lingkungan sekolah sehat.
8. Program administrasi:
- a. kartu menuju sehat anak sekolah;
 - b. pencatatan administrasi UKS;
 - c. buku program kegiatan UKS;
 - d. buku pelaksanaan kegiatan UKS;
 - e. buku pemantauan dan pemeriksaan kesehatan anak;
 - f. buku pemantauan dan pemeriksaan kesehatan guru dan karyawan;
 - g. buku rujukan;
 - h. buku registrasi anak sakit;
 - i. buku daftar inventaris;
 - j. buku laporan kegiatan;
 - k. buku tamu (kunjungan petugas dan pembina UKS, studi banding);

- l. struktur tim pelaksana UKS;
- m. program kerja tim pelaksana UKS;
- n. grafik persentase tiap bulan anak sehat dan anak sakit;
- o. grafik tiap bulan anak sehat dan anak sakit;
- p. grafik data peserta imunisasi;
- q. data dan grafik balok status gizi siswa;
- r. alur pelayanan UKS;
- s. surat keluar dan surat masuk;
- t. buku pedoman UKS;
- u. laporan tim pelaksana.

Menariknya lagi di sekolah yang diteliti Arifin tersebut memiliki konsep UKS yang dikembangkan; *Pertama*, konsep delapan 8 “GOLUKS” bahwa generasi muda harus bebas dari (a) kenakalan remaja; (b) bahaya rokok; (c) narkoba; (d) HIV/AIDS; (e) kehamilan pranikah; (f) kecacangan; (g) anemia; dan (h) hepatitis. *Kedua*, adanya pengembangan program 7 K menjadi 8 K untuk menciptakan lingkungan sehat, yaitu; (a) keimanan; (b) kebersihan; (c) kesehatan; (d) keamanan; (e) keindahan; (f) ketertiban; (g) kerindangan; dan (h) kekeluargaan. *Ketiga*, program “Anak Saleh Berhati Mulia” yang meliputi dari pelaksanaan hidup secara; (a) bersih; (b) sehat; (c) aman; (d) tertib; (e) menyenangkan; (f) indah; (g) unggul; (h) lingkungan; (i) iman; dan (j) amanah.

Peneliti tersebut juga menyebutkan bahwa di sekolah yang ditelitinya, terdapat konsep WHO yaitu; *a healthy setting for living, learning, and working* dan telah diubah menjadi *a healthy setting for living, learning, working and praying*, yang berarti sebuah setting kesehatan untuk tempat tinggal, tempat belajar, tempat kerja, dan tempat beribadah. Penambahan kata *praying* dapat memperoleh pujian dari Ketua Tim Juri Lomba UKS Nasional. Dan kalimat *a healthy setting for living, learning, and working* merupakan konsep dari WHO, tetapi diberikan tambahan “*Praying*” artinya tempat berdoa, tempat beribadah, yang menunjukkan ciri khas UKS Indonesia yang bernuansa *religijs*.

Mulyasa (2012) sebagaimana yang dikutip (Haris, 2019) memberikan indikator budaya sekolah yang baik, di antaranya:

1. Tujuan sekolah mencerminkan keunggulan yang ingin dicapai diperlihatkan dengan jelas kepada warga sekolah, ditetapkan dan diumumkan secara luas di sekolah.
2. Tujuan pembelajaran akademik di sekolah dirumuskan dengan cara yang dapat diukur.
3. Fasilitas fisik sekolah dirawat dengan baik, termasuk segera diperbaiki fasilitas yang rusak.
4. Penampilan fisik sekolah bersih, rapi, dan nyaman serta memperhatikan keamanan.
5. Pekarangan dan lingkungan sekolah ditata sedemikian rupa sehingga memberikan kesan asri, teduh, dan nyaman.
6. Poster-poster afermasi (poster berisi pesan-pesan positif) digunakan dan dipajang di berbagai tempat strategis yang mudah dan selalu dilihat oleh peserta didik.
7. Sekolah menciptakan rasa memiliki sehingga guru dan peserta didik menunjukkan rasa bangga terhadap sekolahnya.
8. Kondisi kelas yang menyenangkan sehingga tercipta suasana yang mendorong peserta didik belajar.
9. Acara-acara penting di sekolah dijadwalkan sedemikian rupa sehingga tidak mengganggu waktu belajar.
10. Ada transisi peralihan yang lancar dan cepat antar kegiatan-kegiatan di sekolah maupun di dalam kelas.
11. Guru mengubah metode mengajar, bila metode yang baik diperkenalkan kepadanya.
12. Penggunaan *moving-class*.
13. Penciptaan relasi kekeluargaan dan kebersamaan.
14. Sekolah menciptakan suasana yang memberikan harapan, di mana para guru percaya bahwa peserta didik dapat mencapai tingkat prestasi yang tinggi.
15. Sekolah menekankan kepada peserta didik dan guru bahwa belajar merupakan alasan yang paling penting untuk bersekolah.
16. Harapan terhadap prestasi peserta didik yang tinggi disampaikan kepada seluruh peserta didik.
17. Harapan terhadap prestasi peserta didik yang tinggi disampaikan kepada seluruh orang tua peserta didik.

18. Seluruh staf dan guru berkomitmen untuk mengembangkan budaya mutu dalam menjalankan tugas sehari-hari.

Dari paparan tersebut disimpulkan bahwa kepala sekolah memiliki peran strategis dalam membangun budaya sekolah yang sehat. Oleh kepala sekolah dapat menciptakan sekolah yang memberikan suasana menyenangkan bagi semua orang yang mengetahui keberadaannya. Sekolah yang memiliki budaya sehat di dalamnya dilengkapi dengan tatanan nilai-nilai peradaban, yang dapat membuat orang bertahan di dalamnya. Nilai-nilai peradaban dipertahankan, dikembangkan, dan didukung dengan sistem manajemen kepala sekolah kuat yang sesuai dengan tuntutan *stakeholder*.

E. Kurikulum Kesehatan di Sekolah

Secara umum dapat ditegaskan bahwa kurikulum adalah seperangkat isi pembelajaran yang terdiri dari konsep atau materi pembelajaran, metode, pendekatan, batasan-batasan, pencapaian tujuan pembelajaran, capaian, input, proses, dan luaran hasil pembelajaran. Sedangkan kurikulum kesehatan dapat diartikan sebagai seperangkat isi pembelajaran yang memuat berbagai struktur isi materi atau konsep pembelajaran kesehatan, metode, pendekatan input, proses, dan luaran hasil pembelajaran kesehatan.

Oleh Haris (2019) menyatakan bahwa di era sekarang, kurikulum bagi orang tua menjadi pertanyaan pertama ketika ia mengantarkan anaknya masuk di suatu sekolah. Banyak orang tua yang menanyakan kurikulum yang digunakan dan bagaimana model pendidikan yang diterapkan di suatu sekolah tersebut. Ada orang tua siswa mencari sekolah yang kurikulumnya cocok untuk masa depan anaknya. Pendidikan sekolah harus mampu menjadikan masa depan anak untuk memperoleh suatu keterampilan, di mana setiap lulusan dapat diterima di pasar kerja, tetapi tidak membuat dari lulusan menjadi pengangguran, banyak sekolah tidak lebih dari itu. Kurikulumnya yang relevan bagi siswa dan orang tua menjadikan faktor utama untuk mau bersedia menyekolahkan anaknya di suatu sekolah. Ketika kurikulum tersebut tidak sesuai dengan hati siswa atau orang tua, maka akan pikir-pikir terlebih dahulu apakah anaknya jadi disekolahkan ke suatu sekolah atau memilih sekolah lain.

Pelaksanaan kurikulum di suatu sekolah sehat semua harus terstruktur dan terlaksana agendanya, yaitu berupa:

1. tersusun dan terlaksananya program pengajaran;
2. tersusun dan terlaksananya pembagian tugas guru;
3. tersusun dan tersedia jadwal pelajaran (*roster*) setiap tahun ajaran;
4. adanya penjabaran kalender pendidikan;
5. adanya kriteria dan persyaratan naik, tidak naik, lulus atau tidak lulusnya siswa;
6. tersedia jadwal pembagian rapor semesteran siswa;
7. adanya peringkat kelas setiap akhir ujian semester;
8. adanya guru piket yang mengawasi absen kehadiran guru;
9. menunjuk satu guru lain mengajar bila seorang guru tidak hadir pada jam pelajarannya;
10. tiap tahun tersusunnya personalia wali kelas;
11. tersedia jadwal piket harian;
12. adanya pembinaan terhadap kegiatan sanggar (PKG) sekolah;
13. terkoordinir perkembangan MGMP;
14. adanya pelaksanaan les tambahan;
15. adanya kepanitiaan penerimaan siswa baru;
16. tersedia aturan pelaksanaan ujian semester, Ujian Akhir Sekolah (UAS), dan Ujian Akhir Nasional (UAN);
17. semua siswa terisi dalam buku induk siswa;
18. terlaksananya pembinaan berkaitan penyusunan SAP, Silabus para guru, deposit soal, remedial, pengayaan, dan administrasi guru lainnya;
19. tersedianya bank soal;
20. semua aktivitas sekolah terdokumentasi dengan lengkap;
21. aktivitas sekolah dilaporkan tertulis tiap semester secara transparansi.

Kurikulum di lembaga pendidikan kesehatan harus dapat memuat sebagaimana disebutkan di atas yang merupakan garis-garis besar dari kurikulum pembelajaran kesehatan itu sendiri. Lebih dari itu, suatu struktur kurikulum kesehatan yang baik harus mampu menyesuaikan

dengan setiap kebutuhan kesehatan di masyarakat secara nasional dan internasional. Suatu yang menjadi pertanyaan adalah mengapa kurikulum kesehatan harus berdasarkan kebutuhan masyarakat dunia adalah dapat didasarkan pada kasus Covid-19, sehingga ketika suatu kurikulum kesehatan dapat mengarah ke seluruh aspek kesehatan global, maka kiranya kurikulum tersebut telah mampu untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dunia.

DUNMNY

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

BAB 9

PEMBERDAYAAN KESEHATAN BERKELANJUTAN

A. Pendahuluan

Suatu pemberdayaan kesehatan masyarakat haruslah dapat dilakukan secara berkelanjutan dengan relevansi kebutuhan masyarakat akan kesehatan. Suatu pemberdayaan akan hidup sehat bagi masyarakat tidaklah harus pula hanya untuk memenuhi program sesaat atau periode-periode tertentu sebatas ketergantungan anggaran dan di balik itu karena adanya motif tertentu. Pemberdayaan kesehatan selain sebagai upaya berkelanjutan juga pemberdayaan dari kesehatan itu dapat dijadikan sebagai budaya untuk mengajarkan masyarakat dalam hidup sehat.

Suatu landasan kuat yang harus dibangun dalam pribadi masyarakat adalah bagaimana mereka mempunyai suatu kesadaran kuat bahwa kesehatan adalah sebagai hal utama dalam kehidupan, bagaimana masyarakat mampu diberdayakan bahwa semua kehidupan itu digerakkan dengan kesehatan. Tanpa melalui kesehatan maka semua proses dan gerakan kehidupan tidak dapat dilakukan oleh siapa saja. Masyarakat sehat adalah generasi sehat berkelanjutan, sebab dalam masyarakat tersebut terdiri dari sejumlah anggota keluarga yang hidupnya berkelanjutan dan secara rasional setiap masyarakat harus mampu memahami bahwa hidup dipengaruhi oleh kesehatan “tanpa sehat maka akan mati”.

Dengan demikian pemberdayaan mendorong terjadinya suatu proses perubahan sosial yang memungkinkan setiap orang memiliki

dan memahami pengetahuan akan kesehatan untuk melangsungkan kehidupan dan dalam beraktivitas. Oleh karena itu, pemberdayaan sifatnya individual sekaligus kolektif. Sementara pemberdayaan juga merupakan suatu proses yang menyangkut hubungan-hubungan kekuasaan/kekuatan yang berubah antara individu, kelompok dan lembaga-lembaga sosial yang dilakukan secara berkelanjutan untuk setiap apa yang disebutkan di atas.

Lebih lanjut dapat disebutkan bahwa pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan dapat diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat untuk dapat berpartisipasi, bernegosiasi, memengaruhi, dan mengendalikan kelembagaan masyarakat secara bertanggung-gugat demi perbaikan kehidupannya akan kesehatan. Pemberdayaan dapat juga diartikan sebagai upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau kekuatan (*strength*) kepada masyarakat.

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

Dalam dimensi kesehatan, pemberdayaan kesehatan berkelanjutan merupakan proses yang dilakukan oleh masyarakat (dengan atau campur tangan pihak luar) untuk memperbaiki kondisi lingkungan, sanitasi, dan aspek lainnya yang secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh dalam kesehatan masyarakat. Namun secara luas pemberdayaan kesehatan berkelanjutan dilakukan berdasarkan kebutuhan yang relevan akan kesehatan untuk masyarakat. Tidak hanya berupa sebuah atau sebatas sanitasi akan tetapi sejumlah sosialisasi dan mempromosikan dari setiap aspek kehidupan yang berhubungan kesehatan menjadi prioritas utama untuk sebuah nilai pemberdayaan ke depannya.

B. Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Berkelanjutan

Pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan itu mempunyai arti sebagai kelanjutan dari pemberdayaan kesehatan berikutnya dan dari program yang telah dilaksanakan sebelumnya. Pada prinsipnya pemberdayaan kesehatan adalah tidak terlepas dari upaya membantu masyarakat dalam memberikan pelayanan dalam berbagai bentuk aktivitas atau kegiatan di bidang kesehatan. Lebih dari itu, pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat dikatakan suatu kebutuhan kesehatan yang dikehendaki oleh masyarakat selain merupakan program pokok pemerintah.

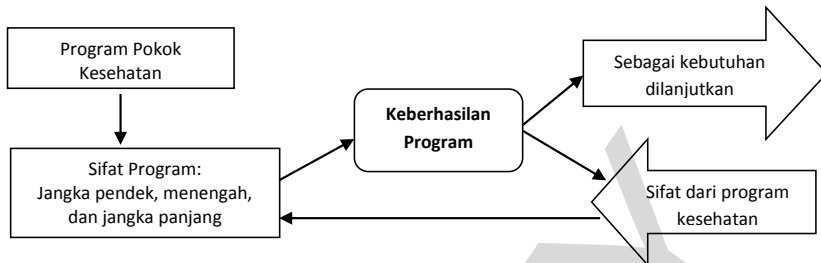
Suatu pemberdayaan kesehatan berkelanjutan mendekati dua pendekatan program yang akan dilaksanakan, yaitu:

1. Program Pemberdayaan Kesehatan Berbasis Sebelumnya

Suatu program pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan diadakan kembali untuk sebuah kebutuhan masyarakat berikutnya karena dianggap masih dibutuhkan untuk menata suatu kehidupan masyarakat atas kesehatan. Pemberdayaan kesehatan sebagaimana disebutkan di sini atau sebelumnya lebih banyak mengarah pada berbagai program penyuluhan kesehatan, berupa edukasi kesehatan masyarakat, pendampingan, dan sebagainya. Dasar program kesehatan yang berkelanjutan berbasis sebelumnya merupakan kebutuhan pokok atas hajat hidup orang banyak dan sebagai suatu kebutuhan apabila kiranya tidak lakukan oleh *stakeholder* atau pemerintah akan memunculkan banyak persepsi dari masyarakat bahwa yang semestinya program tersebut dilanjutkan dan mengapa tidak dilanjutkan. Namun suatu program kesehatan yang dilanjutkan itu berarti sifatnya berkelanjutan dengan demikian namanya program pemberdayaan kesehatan yang berkelanjutan.

Pemberdayaan kesehatan masyarakat berbasis sebelumnya merupakan istilah penekanan dari pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan. Suatu pemberdayaan kesehatan yang bersifat berkelanjutan ini, tentunya selain keberhasilan sebelumnya telah dicapai atau justru bisa jadi karena pemberdayaan kesehatan sebelumnya menuai kegagalan sehingga pemberdayaan yang berkelanjutan sebagai

tindak lanjut program pemberdayaan berikut. Dasar pokok pikiran pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan diilustrasikan dalam gambar 9.1 berikut.



Gambar 9.1 Konsep Dasar Program Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan

Tapi apabila program pemberdayaan sebelumnya telah berhasil, maka program pembinaan berikutnya merupakan upaya cara memperoleh hasil pemberdayaan yang lebih baik dari sebelumnya. Suatu program pemberdayaan kesehatan berkelanjutan, format melaksanakannya adanya perbedaan dengan program sebelumnya. Namun, berkelanjutan itu manajemen dan cara pendekatannya jauh lebih baik dari sebelumnya. Beberapa pertimbangan di sini adalah karena telah belajar dari proses sebelumnya apakah program pemberdayaan telah berhasil dilakukan atau kelanjutannya adanya program khusus dan pendekatan yang lebih baik.

2. Program Pemberdayaan Kesehatan Berbasis Pendekatan Berbeda dari Sebelumnya

Suatu program pemberdayaan kesehatan berbasis pendekatan berbeda dari sebelumnya yaitu program pemberdayaan kesehatan masyarakat berbasis kebutuhan pada waktu tersebut dan sifatnya tentatif seperti di suatu daerah terjadinya gejala bencana sosial berupa longsor, banjir, dan sebagainya, akan mendesak suatu program pemberdayaan kesehatan mutlak dilakukan untuk membantu masyarakat agar penyakit yang diakibatkan dari peristiwa alam tersebut tidak dapat membahayakan jiwa dan mengancam masyarakat, sehingga pemberdayaan berbasis pendekatan berbeda tersebut harus dilakukan.

Pendekatan pelaksanaan pemberdayaan kesehatan berbeda tersebut cenderung pedoman dan acuan kerjanya masih banyak kurangnya karena itu bisa saja karena program pertama untuk dilakukan berdasarkan suatu dampak dari gejala alam. Sebagai contoh penanganan kasus korban gempa bumi yang mengakibatkan masyarakatnya menjadi muntaber, malaria karena mereka ditempatkan sementara pada pengungsian darurat; kasus yang terjadi kurangnya sumber daya manusia yang profesional yang telah terdidik dengan peristiwa tersebut, keterbatasan obat-obatan dan bahan makanan pokok, dan sebagainya. Penanganan kasus seperti ini memungkinkan lebih banyak kurang maksimal persiapan pelayanan daripada suatu program kesehatan pemberdayaan yang berkelanjutan.

Kasus di atas lebih mengarah pada pelayanan pemberdayaan kesehatan *emergency* atau kedaruratan, sehingga untuk memaksimalkan pelayanan pemberdayaan kesehatan masyarakat maka perlu dilakukan beberapa persiapan, yaitu:

1. Kesiapan dalam ketersediaan sumber daya medis dan pendukung.
2. Kesiapan psikologis tenaga medis dan pendukung.
3. Kesiapan untuk mengetahui medan di mana lokasi bencana terjadi.
4. Kesiapan untuk memiliki dan mengetahui prosedur kerja dalam pelayanan.
5. Kesiapan telah mengetahui bahwa mengutamakan keselamatan jiwa pada saat di lapangan ketika memberikan pelayanan kesehatan.

Ke lima poin di atas merupakan keterampilan atau kompetensi dasar dalam memberikan pelayanan darurat sifatnya berbeda dari program pemberdayaan pertama, walau setelah masa habis waktunya akan berlangsung pemberdayaan kesehatan berkelanjutan. Sementara yang disebutkan dalam poin-poin tersebut adalah prinsip-prinsip dasar dari pemberdayaan kesehatan berstatus suatu *emergency*.

C. Pentingnya Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan

Pemberdayaan kesehatan berkelanjutan itu memiliki sifat yang sangat penting bagi semua pihak dan lapisan masyarakat. Pemberdayaan kesehatan dilakukan selain menjaga kesehatan sesama lebih dari itu, untuk mencegah terjadinya suatu wabah penyakit. Pemberdayaan

tidak lebih dari apa yang telah disebutkan di atas bahwa selain untuk sebuah promosi kesehatan juga sebagai edukasi pendidikan, sehingga masyarakat mempunyai pengetahuan yang luas tentang kesehatan. Suatu pengetahuan yang luas akan kesehatan sudah barang tentu akan membuat setiap masyarakat akan menjaga dan melindungi diri dan keluarganya dari penyakit. Pengetahuan yang diperoleh masyarakat melalui suatu promosi kesehatan dan juga merupakan suatu edukasi dari kesehatan agar masyarakat terhindar dari penyakit adalah merupakan tolok ukur dilakukannya pemberdayaan kesehatan masyarakat yang berkelanjutan.

Suatu program promosi pemberdayaan kesehatan yang berkelanjutan selain banyaknya yang telah disebutkan di atas dan ke depannya, maka program pemberdayaan tersebut harus bisa membangun motivasi masyarakat yang diberdayakan. Bagaimana pemberdayaan kalau misalnya masyarakat tidak berpartisipasi penuh. Atas dasar tersebut konsep motivasi harus menjadi suatu pengetahuan yang semestinya diketahui terutama petugas pemberdayaan kesehatan. Sementara dalam pendapat Damayanti (2005: 120) suatu motivasi tersebut oleh petugas kesehatan dapat saja mempelajarinya dari insting, yaitu pola perilaku yang kita bawa sejak lahir yang secara biologis diturunkan. Berikutnya adalah pendekatan untuk pemuasan kebutuhan, di sini adalah apa saja yang bisa memberikan sebuah pemenuhan klien atau pasien terhadap pemberdayaan yang dilakukan. Pola di atas harus mampu dilakukan petugas kesehatan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat. Atau dengan istilah lain adalah bagaimana membangun persepsi setiap masyarakat yang diberdayakan tersebut. Lebih jelasnya, Damayanti (2005: 101) memberikan suatu penjelasan terhadap persepsi yaitu; suatu stimulus yang diterima oleh sistem saraf yang memengaruhi interpretasi seseorang dalam hal ini adalah masyarakat yang diberdayakan.

Setiap pemberdayaan masyarakat yang dilakukan adalah sebagai subjek sekaligus objek dari sistem kesehatan. Sementara itu, dalam dimensi kesehatan, pemberdayaan merupakan proses yang dilakukan masyarakat (dengan atau tanpa campur tangan pihak luar) untuk memperbaiki kondisi lingkungan, sanitasi, dan aspek lainnya yang secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh dalam kesehatan

masyarakat. Namun di balik itu, oleh pemerintah atau *stakeholder* kesehatan tidak begitu saja melepaskan kewajibannya dalam membina dan mendampingi setiap masyarakat untuk sebuah hidup sehat. Suatu proses pendampingan pemberdayaan kesehatan itu tidak selamanya dilakukan akan tetapi sifatnya berjangka dan memiliki masa waktu yang ditentukan sehingga dengan pendekatan berjangka maka sasaran tujuan pemberdayaan akan dapat dicapai secara efektif.

Pentingnya dilakukan pemberdayaan kesehatan berkelanjutan akan memengaruhi kualitas hidup masyarakat di berbagai tingkatan. Kemudian pendekatan mampu memutuskan ketinggalan rakyat baik dari segi pendidikan, ekonomi, maupun kesehatan. Sementara faktor lain yang akan menjamin penguatan daya tawar dan akses guna mendukung masyarakat untuk memperoleh dan memanfaatkan input sumber daya yang dapat meningkatkan kegiatan ekonomi adalah melakukan penguatan lembaga dan organisasi masyarakat.

Penguatan lembaga atau lahirnya organisasi masyarakat dapat berfungsi untuk kekuatan membangun sumber daya manusia masyarakat atas nilai-nilai kesehatan. Lembaga atau disebut organisasi masyarakat mempunyai peran kuat dalam memantau, mengawasi masyarakat dalam setiap wilayah karena peran lembaga ini dapat menjamin sebagai perpanjangan tangan setiap pengambil kebijakan atas kesehatan untuk sebuah wilayah. Bila dibandingkan di suatu wilayah tanpa adanya organisasi atau lembaga desa maka pengawasan internal terhadap masyarakatnya dirasa tidak terpantau yang semestinya itu diperhatikan.

Pada dasarnya pemberdayaan kesehatan merupakan proses perubahan menuju peningkatan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat. Seberapa jauh keberhasilan pemberdayaan kesehatan tersebut mampu menghasilkan perubahan-perubahan yang membawa dampak pada peningkatan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat, diukur dengan indikator-indikator yang umum bersifat sebuah nilai kesehatan. Suatu kesehatan akan bernilai ekonomi bagi masyarakat karena dengan kesehatan itulah masyarakat akan bekerja untuk mencari nafkah. Dengan demikian, kesehatan mempunyai pengaruh atas dampak kehidupan untuk sebuah nilai ekonomi.

Rendahnya tingkat partisipasi pemberdayaan kesehatan kepada masyarakat melalui setiap kebijakan maka tidak menyelesaikan sebuah masalah. Akan tetapi akan menjadi dan membuat tingkat perubahan kondisi kehidupan masyarakat melalui kebijakan pemerataan melahirkan paradigma pembangunan yang berpusat pada manusia. Implementasinya tercermin pada program-program yang secara langsung ditujukan kepada masyarakat lapisan bawah seperti pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat (pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan) maupun program penanggulangan kemiskinan. Beberapa faktor yang disebutkan di atas adalah akan terwujud bila kesehatan dalam bentuk komprehensi atau keseluruhan akan dicapai dengan saksama.

Pemberdayaan kesehatan yang berupa kebijakan paradigma pembangunan yang berpusat pada manusia implementasinya cukup berhasil, namun secara proses terlihat lambat akibat masih adanya intervensi pemerintahan dalam menetapkan prioritas program yang diperuntukkan bagi kepentingan masyarakat dan menguatnya dominasi kekuasaan pemerintah dalam pengelolaan paradigma pemberdayaan masyarakat. Namun apabila keikutsertaan pemerintah tersebut adalah secara keseluruhan berpihak nyata terhadap rakyat itu adalah sebuah harapan, karena masyarakat selama ini sedikit kehilangan arah atau kepercayaan ketika campur tangan tersebut dipolitisasi untuk sebuah kepentingan golongan tertentu.

Pemberdayaan menghendaki suatu sumber daya kemampuan untuk melakukan sesuatu atau kemampuan bertindak, dalam bentuk berkekuatan, bertenaga, berkemampuan memiliki akal, cara untuk mengatasi sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan pemberdayaan kesehatan tersebut. Pemberdayaan masyarakat dapat diartikan suatu usaha untuk memberikan kekuatan, tenaga, kemampuan, mempunyai akal/atau cara mengatasi masalah dalam kehidupan masyarakat. Dan dengan kekuatan dan kemampuan itulah semua tujuan pemberdayaan kesehatan akan terwujud namun tanpa itu, pemberdayaan tidak dapat dilakukan.

Berbagai pemberdayaan kesehatan masyarakat bertujuan untuk menciptakan masyarakat menjadi warga negara yang mempunyai pengetahuan dan karakter kebiasaan hidup sehat. Namun upaya pemberdayaan masyarakat berarti memampukan dan memandirikan

masyarakat dalam kebijakan pembangunan nasional. Untuk mewujudkan kemandirian masyarakat sebagaimana disebutkan di atas maka berbagai pendekatan harus dilakukan dalam tiga aspek kebijakan utama yaitu: (1) menetapkan suasana untuk iklim yang memungkinkan berkembangnya potensi yang dimiliki masyarakat, baik sumber daya alam maupun sistem nilai tradisional dalam menata kehidupan masyarakat; (2) memperkuat potensi yang dimiliki masyarakat, baik potensi lokal yang telah memberdaya dalam menata kehidupan masyarakat melalui pemberian masukan berupa bantuan dana, pembangunan prasarana dan sarana baik fisik (jalan, irigasi, listrik) maupun sosial (pendidikan, kesehatan) serta pengembangan lembaga pendanaan, penelitian, dan pemasaran di daerah; (3) melindungi melalui pemihakan kepada masyarakat yang lemah untuk mencegah persaingan yang tidak seimbang dan bukan berarti mengisolasi atau menutupi dari interaksi.

Sementara itu, dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat haruslah mempunyai sebuah konsep dan ruang lingkup pemberdayaan masyarakat yang jelas atau disebut sebagai *Power* dan *Empowerment*. Adalah suatu konsep *impowerment* merupakan sebuah konsep yang masih terlalu umum dan kadang-kadang hanya menyentuh “cabang” atau “daun” namun tidak menyentuh “akar” permasalahan, baik yang bersifat mendasar maupun yang akan terjadi dalam proses. Kita harus menempatkan konsep pemberdayaan itu tidak hanya individual, tetapi juga secara kolektif (*individual self empowerment* maupun *collective self empowerment*), dan sesuatu itu harus menjadi bagian dari aktualisasi dan koaktualisasi eksistensi manusia dan kemanusiaan. Dengan demikian, konsep *empowerment* pada dasarnya adalah upaya menjadikan suasana kemanusiaan yang adil dan beradab menjadikan semakin efektif secara struktural, baik di dalam kehidupan keluarga, masyarakat, negara, regional, internasional, maupun dalam bidang politik, ekonomi, dan sebagainya.

D. Program Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan

Mengawali pembahasan subbab ini dikutip pendapat Notoatmodjo (2005: 4) menjelaskan bahwa pemberdayaan kesehatan adalah dapat kita rumuskan sebagai suatu upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau oleh

masyarakat. Hal ini berarti, bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan ini baik suatu kesehatan individu, kelompok, atau kesehatan masyarakat harus diupayakan. Upaya untuk dapat mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok masyarakat, baik secara lembaga oleh pemerintah atau swadaya masyarakat.

Pernyataan di atas dapat saja dijadikan konsep pemikiran pokok program pemberdayaan kesehatan berkelanjutan adalah untuk membangun tatanan kehidupan masyarakat yang sehat jasmani dan rohani secara nasional. Pemberdayaan kesehatan merupakan program pokok sesuai dengan kebutuhan nasional akan kesehatan. Program pemberdayaan kesehatan sebagaimana disebutkan di atas dapat dilakukan melalui percepatan pembangunan kesehatan yang diupayakan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang mengusung “paradigma sehat”. Sehingga promotif-preventif menjadi pilar utama upaya kesehatan-kesehatan serta upaya pemberdayaan masyarakat. Program Indonesia Sehat merupakan salah satu pengarusutamaan pembangunan berkelanjutan dan menjadi prioritas nasional.

Salah satunya adalah promosi kesehatan menjadi sangat penting dan menjadikannya agenda dalam perencanaan pembangunan nasional agar dapat menghasilkan kebijakan yang terpadu/berhubungan/bertaut di dalam tata kelola pemerintahan yang baik, mobilisasi sosial dan memperkuat kesadaran akan kesehatan guna mengakselerasi tujuan pembangunan berkelanjutan. Meningkatnya upaya promosi kesehatan menuju pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan serta merumuskan langkah konkret, peningkatan peran pemerintah daerah, pembelajaran keberhasilan promkes, serta sinkronisasi antar lembaga pendidikan menjadi tujuan utama.

Dalam pemberdayaan kesehatan promosi kesehatan harus menjadi arus utama dan berikan contoh yang sederhana mulai dari diri sendiri, ajak anak-anak untuk hidup sehat serta saling bekerja sama dengan semua lintas sektor dalam Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Tanpa melalui diri sendiri tentunya akan sulit untuk dicapai dari setiap pemberdayaan kesehatan tersebut. Sementara konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang

bertumpu pada masyarakat) dan tahap selanjutnya muncul istilah pembangunan yang digerakkan masyarakat

Pemberdayaan berkelanjutan tersebut, berpusat pada masyarakat lokal, dan melibatkan prinsip saling menghormati, refleksi kritis, kepedulian, dan partisipasi kelompok, dan melalui proses tersebut orang-orang yang kurang memiliki bagian yang setara akan sumber daya berharga memperoleh akses yang lebih besar dan memiliki kendali akan sumber daya tersebut. Dengan demikian pembangunan kesehatan kalau saat ini harus dapat dimulai dari kewilayahan yang tertinggal atau terluar, sehingga pemerataan akses layanan kesehatan akan cepat dirasakan oleh masyarakat yang jauh dari pusat-pusat berkedekatan dengan lembaga-lembaga kesehatan nasional.

Program pemberdayaan kesehatan kelanjutan hendaknya meliputi *enabling* (menciptakan suasana kondusif), *empowering* (penguatan kapasitas dan kapabilitas masyarakat), *protecting* (perlindungan dari ketidakadilan), *supporting* (bimbingan dan dukungan), dan *foresting* (memelihara kondisi yang kondusif tetap seimbang). Terdapat empat strategi pokok dalam bidang pembangunan kesehatan, yaitu: 1) menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat; 2) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas; 3) meningkatkan sistem surveilans, monitoring, dan informasi kesehatan; dan 4) meningkatkan pembiayaan kesehatan (Depkes, 2006).

Sementara bidang kesehatan, konsep pemberdayaan antara lain terdapat pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 (Bab III Pasal 9) tentang Kesehatan “setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran serta aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan (Bab IV Pasal 18).

Tingkat partisipasi masyarakat dalam usaha menyusun kegiatan kesehatan yang diorganisir oleh suatu lembaga (seperti lembaga daerah atau kesehatan) akan bervariasi antara tidak berpartisipasi dan sangat berpartisipasi, dengan tingkatan sebagai berikut: *Pertama*, tidak adanya partisipasi, masyarakat tidak diberi pengetahuan apapun

serta tidak dilibatkan dalam kegiatan apa pun. *Kedua*, partisipasi sangat rendah, di mana masyarakat diberi tahu suatu rencana serta mengumumkannya. *Ketiga*, masyarakat dikumpulkan atau dengan cara lain sehingga bisa diberi tahu. *Keempat*, partisipasi serendah-rendahnya, dengan diperlukannya dukungan seperlunya dari masyarakat, agar rencana dapat dilaksanakan. *Keenam*, partisipasi moderat, masyarakat memberi saran melalui proses konsultasi. *Ketujuh*, partisipasi setinggi-tingginya, proses penyusunan rencana dilakukan bersama-sama dengan masyarakat; dan *kedelapan*, partisipasi sangat tinggi, masyarakat telah mendelegasikan wewenang. Pada tingkatan ini lembaga mengenalkan dan mempresentasikan sebuah permasalahan kepada masyarakat, mendefinisikan batasan-batasannya dan meminta masyarakat untuk menyusun serangkaian keputusan yang dapat diwujudkan dalam sebuah rencana yang diterima oleh lembaga.

Berbagai hal yang disebutkan di atas adalah bagian-bagian yang mendapat perhatian tingkat evaluasi program pemberdayaan kesehatan selainnya dari hal pokok. Namun juga kedelapan itu sangat menentukan keberhasilan dari program pemberdayaan kesehatan di masyarakat sehingga atas dasar itu pula pemberdayaan kesehatan harus mampu menyentuh semua aspek unsur yang mendukung dari program pemberdayaan kesehatan.

E. Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Berkelanjutan

Dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat apakah sifatnya berkelanjutan atau tentatif adalah penting keduanya perlu dilakukan evaluasi terhadap pelayanan pemberdayaan kesehatan tersebut. Evaluasi pemberdayaan kesehatan dilakukan untuk mengetahui seberapa besar hasil pemberdayaan tersebut telah dicapai oleh semua pihak yang terlibat. Evaluasi pemberdayaan kesehatan selalu dilakukan bersama antara pembuat kebijakan, pelaku kebijakan, lembaga atau masyarakat yang terlibat dalam agenda tersebut.

Sebagai contoh yang sering dilakukan adalah diselenggarakan kegiatan pertemuan evaluasi program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, yang dipimpin oleh Kepala Bidang Pelayanan, dan Promosi Kesehatan. Dalam pertemuan evaluasi program promosi

ini harus diikuti oleh pihak pengelola program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, Dinas Kesehatan dan Pelaksana Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat atas dasar perwakilan petugas wilayah kesehatan.

Evaluasi program pemberdayaan kesehatan masyarakat sebagaimana disebutkan di atas yaitu berbentuk promosi kesehatan diselenggarakan untuk memperoleh data dan mendapatkan informasi mengenai program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan tujuan memperbaiki program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat baik di Dinas Kesehatan maupun puskesmas dan posyandu, dan sebagainya.

Dengan demikian evaluasi tersebut setidaknya dapat memberikan rekomendasi seperti apa kelanjutan dari program pemberdayaan kesehatan melalui promosi kesehatan. Dengan kegiatan ini pelaksana promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mengetahui hasil evaluasi program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat setiap semesternya. Berdasarkan hasil evaluasi, ke depannya dapat memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program, memperbaiki perencanaan, pelaksanaan program yang akan datang, serta memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

Kegiatan evaluasi diperlukan mengingat peran petugas kesehatan sangat penting dalam membina memfasilitasi anggota masyarakat melalui pemberdayaan program promosi kesehatan. Atas dasar kebutuhan sangat penting tersebut maka manajemen aspek keseluruhan perlu ada evaluasi yang dilakukan, jika tidak agak sulit untuk menentukan kegiatan pemberdayaan lebih lanjut.

Sementara itu sasaran evaluasi program pemberdayaan kesehatan berkelanjutan yang perlu mendapat penilaian dengan pendekatan melalui pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana kinerja sumber daya manusia yang menunjang program selama kegiatan berlangsung?
2. Bagaimanakah dukungan anggaran dan realisasi anggaran sampai dengan semester pertama baik bersumber dari APBN, APBD, atau DAK?

3. Bagaimanakah dengan sarana dan prasarana yang menunjang program kegiatan berlangsung?
4. Bagaimanakah dengan capaian kegiatan penyuluhan (penyuluhan dalam wilayah puskesmas untuk kelompok potensi, penyuluhan dalam puskesmas, penyuluhan massa oleh petugas kesehatan dan penyuluhan melalui media elektronik), dan sebagainya?
5. Bagaimanakah kegiatan pembinaan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat) seperti : pembinaan posyandu balita, posyandu lansia, posbintu PTM, pos UKK, pembinaan UKS, pembinaan kesehatan tradisional, kegiatan Germas)?
6. Bagaimanakah jumlah kebijakan publik berwawasan kesehatan?

Enam poin pertanyaan di atas menjadi dasar instrumen untuk melakukan evaluasi suatu program pemberdayaan kesehatan masyarakat yang bersifat berkelanjutan. Sementara subsistem sasaran evaluasi pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Karena pemberdayaan masyarakat tersebut mencakup pengembangan komunitas; pengembangan partisipasi dan pembentukan kapasitas pemberdayaan untuk mewujudkan status kesehatan yang optimal yang bertujuan untuk pengelolaan kontrol dan alokasi sumber daya yang tersedia dalam interaksi “partisipasi” individu dan komunitas. Atas dasar tersebut, maka sasaran evaluasi itu sangat luas sekali, sehingga memungkinkan akan menghasilkan rekomendasi baru yang lebih baik dari sebelumnya untuk program selanjutnya.



GLOSARIUM

Advokasi: pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan (Bab 5).

Catatan untuk penulis

Bot-ton-up: syarat pendekatan pembuatan kebijakan dari bawah (Bab 3).

bottom-up atau button-up ya?

Budaya: merupakan tradisi yang telah lama berlangsung dalam kehidupan masyarakat. Budaya dibentuk dari kebiasaan-kebiasaan masyarakat yang mempunyai nilai-nilai karakteristik tersendiri. Setiap daerah memiliki budaya atau tradisi masing-masing, di mana tradisi tersebut berlaku pada semua perilaku aspek kehidupan masyarakatnya (Bab 7).

Capacity: saling memahami kemampuan masing-masing anggota (Bab 4).

Community organization: organisasi masyarakat dapat saja berbentuk forum perkumpulan, ikatan sosial, dan sejenisnya khususnya di bidang kesehatan (Bab 2).

Community fund: adalah pendanaan-pendanaan yang berlangsung dan berlaku di masyarakat (Bab 2).

Community material: merupakan materi masyarakat (Bab 2).

Community knowledge: adalah sebagai pengetahuan masyarakat (Bab 2).

Community based health education: suatu kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan (Bab 2).

Community technology; merupakan teknologi yang digunakan oleh masyarakat (Bab 2).

Community responsibility; merupakan tanggung jawab sebagai anggota masyarakat (Bab 3).

Covert behavior: adalah suatu perilaku tertutup (Bab 7).

Decision maker: adalah pengambil keputusan (Bab 3).

Enforcement participation: suatu partisipasi dengan paksaan memaksa masyarakat kontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, peraturan-peraturan, maupun dengan perintah lisan saja (Bab 2).

Friendship: kekeluargaan atau pertemanan kedekatan antara anggota keluarga atau antara teman adalah mutlak diperlukan (Bab 4).

Focus Group Discussion: dalam masyarakat adalah “Rembug Warga” yakni tradisi gotong royong yang sudah lama mengakar pada masyarakat. FGD merupakan teknik mengumpulkan data untuk memperoleh data dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada suatu permasalahan tertentu (Bab 2).

Group representation: keterlibatan semua unsur atau keterwakilan kelompok dalam proses pengambilan keputusan (Bab 3).

Hasil dari lembaga pendidikan kesehatan: menghasilkan tenaga-tenaga ahli kesehatan yang mampu memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat (Bab 1).

Healthy behavior: yaitu suatu respons yang ada pada seseorang bersumber dari stimulus tentang pengetahuan yang ia pahami berupa sehat dan sakitnya orang yang bersangkutan (Bab 7).

Hidup sehat merupakan: hak setiap orang sebagai hajat hidup orang banyak. Warga negara kesehatannya dijamin oleh negara, termasuk pemberian layanan kesehatan gratis (Bab 1).

Human communication: adalah komunikasi manusia (Bab 6).

JPKM: merupakan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan program kementerian kesehatan yang diperluas sifatnya (Bab 2).

Kemitraan: adalah kerja sama antar dua lembaga yang mempunyai persamaan tujuan dan prinsip. Kemitraan dibangun dan dilandasi

karena saling ketergantungan antar dua lembaga sebagaimana disebutkan di atas (Bab 4).

Kooptasi: adalah upaya menanamkan sesuatu yang baru terhadap kepemimpinan atau penentu kebijakan sehingga dianggap sangat penting untuk mendorong peran serta segenap anggota masyarakat (Bab 3).

Komunikasi *advocacy*: adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decision makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial (Bab 5).

***Learning by doing*:** pelaku kegiatan yang merasa melakukan belajar sambil bekerja (Bab 3).

***Level of objects*:** merupakan jenjang sasaran yang diberdayakan (Bab 3).

***Linkage*:** adalah suatu pendekatan saling menghubungkan (Bab 4).

Kesehatan merupakan: hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tertulis di Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

Komunikasi: adalah bentuk penyampaian pesan dari komunikator untuk komunikasi atau penerima pesan. Komunikasi itu dilaksanakan dalam bentuk saling memberi dan menerima antara pemberi dan penerima pesan (Bab 6).

Komunikator: adalah pemberi pesan (Bab 6)

Komunikasi: adalah penerima pesan (Bab 6).

Lembaga pendidikan: dapat diartikan sebagai tempat proses belajar mengajar antara guru dengan peserta didik. Sebagai tempat proses belajar dan mengajar tersebut ada yang formal, informal, dan nonformal dan hanya yang membedakan jenis dan jenjang sekolahnya. Lembaga pendidikan formal menganut sistem kurikulum nasional dan prinsipnya terintegrasi dengan Kementerian Pendidikan Kebudayaan (Bab 8).

Marginalisasi: adalah suatu proses sejarah masyarakat yang kompleks, yang memuat mereka tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi berbagai kebutuhannya, tidak mempunyai akses yang memadai terhadap sumber daya (Bab 3).

Masyarakat merupakan: penduduk yang terdiri dari jumlah banyak yang mendiami suatu wilayah dengan berbagai suku atau adat istiadatnya. Dalam masyarakat yang beragam, kesehatan memegang peranan yang sangat penting, sebab pengaruh sosial sangat besar akan suatu kesehatan dari satu orang terhadap orang banyak (Bab 1).

Masyarakat: diartikan sebagai penduduk yang mendiami suatu wilayah dengan jumlah banyak (Bab 3).

Mutual benefit: adalah saling menguntungkan (Bab 4).

Networking: suatu jejaring serta dukungan dari atas berbentuk kebijakan politik yang dapat mendukung kelestarian pemberdayaan (Bab 3).

Openes: adalah saling terbuka dan bersedia membantu (Bab 4).

Operant respons: atau instrumental respons, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimuli atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respons. Misalnya, apabila seorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik adalah respons sebagai tahap gaji yang cukup, misalnya (stimulus) (Bab 7).

Overt behavior: adalah suatu perilaku terbuka (Bab 7).

Proximity: suatu perilaku saling mendekati (Bab 4).

Partnership: kegiatan internal masyarakat komunikasi maupun eksternal berbentuk kemitraan (Bab 3),

Partisipasi masyarakat: adalah suatu pendekatan atau jalan yang terbaik untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan di negara-negara yang sedang berkembang (Bab 2).

Participatory planning: atau perencanaan partisipatoris; dapat mengurangi konflik yang mungkin muncul antara dua pihak tersebut selama program berlangsung dan setelah program dievaluasi (Bab 3).

Paternalistic: suatu hal yang masih berpola (menganut) kepada seseorang atau “sosok” tertentu di masyarakatnya, yakni tokoh masyarakat. Apa pun yang dilakukan oleh pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh bawahan atau masyarakat (Bab 2).

Pemberdayaan: kesehatan (*health empowerment*), melek (sadar) kesehatan (*health literacy*), dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (*self-efficacy*) dari teori belajar sosial (Bab 1).

Pemberdayaan masyarakat: sebagai upaya memberikan bantuan layanan kesehatan yang tidak hanya berupa sarana kesehatan berbentuk fisik. Pemberdayaan lebih mengarah pada bentuk edukasi atau pendidikan penyuluhan akan hidup sehat kepada masyarakat. Pemberdayaan kesehatan berawal dari sosialisasi-sosialisasi dari berbagai program kesehatan (Bab 1)

Pemberdayaan kesehatan masyarakat berkelanjutan: itu mempunyai arti sebagai kelanjutan dari pemberdayaan kesehatan berikutnya dan dari program yang telah dilaksanakan sebelumnya. Pada prinsipnya pemberdayaan kesehatan adalah tidak terlepas dari upaya membantu masyarakat dalam memberikan pelayanan dalam berbagai bentuk aktivitas atau kegiatan di bidang kesehatan (Bab 9).

Peran lembaga pendidikan bidang kesehatan: strategi yang paling tepat untuk mencerdaskan kehidupan bangsa melalui sosialisasi berbagai kebijakan-kebijakan kesehatan (Bab 1).

Prinsip advokasi: pemberdayaan kesehatan apabila mempunyai perhitungan terhadap keefektifan yang dicapai advokasi. Apabila advokasi gagal maka telah bertentangan prinsip advokasi itu sendiri (Bab 5).

Perilaku kesehatan masyarakat: secara umum adalah keterpaduan perilaku atau kolaborasi perilaku (kumpulan-kumpulan) perilaku yang ada dan ditunjukkan masyarakat dalam jumlah banyak (masyarakat suatu wilayah) di mana mereka akan menunjukkan dari setiap perilaku tersebut dalam bentuk wujud yang sama (Bab 7).

Provider: atau petugas kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat (Bab 2).

Political commitment: Komitmen politik, di mana dalam berpolitik harus adanya suatu komitmen (Bab 5).

Catatan untuk penulis **Policy support**: dukungan kebijakan, dalam membuat suatu kebijakan perlu adanya dukungan.

Bab berapa ya? **Political lobbying**: dalam advokasi dibutuhkan lobi politik untuk membantu proses pencapaian tujuan (Bab 5).

Realistis: suatu hal di dalam memilih isu dan agenda yang realistis, janganlah membuang waktu kita untuk sesuatu yang tidak akan mungkin tercapai (Bab 5).

Respondent respons: atau refleksi, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulasi) yang disebut *eliciting stimuli*, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan lezat akan menimbulkan nafsu makan, cahaya terang akan menimbulkan reaksi mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah akan menimbulkan rasa sedih, mendengar berita suka atau gembira, akan menimbulkan rasa suka cita (Bab 7).

Sistematis: di dalam proses advokasi kita memerlukan perencanaan yang akurat, persiapkan informasi semenarik mungkin dan libatkan media yang efektif (Bab 5).

Social acceptance: dalam suatu kebijakan atau program diperlukan dukungan masyarakat (Bab 5).

System support: dalam sesuatu hal perlu adanya dukungan sistem (Bab 5).

Strategis: dapat melakukan perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategi jitu agar advokasi berjalan dengan sukses (Bab 5).

Social communication: adalah komunikasi sosial (Bab 6).

Stucture: saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing (Bab 4).

Taktis: advokasi tidak akan mungkin bekerja dengan sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya (Bab 5).

Terapi pendidikan: adalah suatu proses yang dirancang untuk mengembangkan rasa percaya diri dan akhirnya keyakinan bahwa yang bisa menolong adalah dirinya sendiri. Dalam terapi pendidikan dilakukan upaya-upaya memberikan pelatihan di mana anggota masyarakat saling bekerja sama, dan memetik nilai-nilai tertentu dalam kerja sama tersebut (Bab 3).

Teknologi: adalah temuan-temuan baru yang dapat diakses untuk mempermudah melakukan pekerjaan dalam bentuk apa saja. Teknologi dalam bentuk media informasi telah memberi ruang gerak yang luas dalam berkomunikasi. Kehadiran teknologi akan memberi jangkauan luas bagi siapa saja dengan jarak tanpa batas (Bab 7).

Usia: adalah berkaitan lama telah hidupnya seseorang di dunia ini, apakah saat ini ia masih anak-anak, remaja, dewasa, orang tua, atau bahkan sudah lansia. Usia membuat tingkat berpikirnya seseorang itu, di usia anak-anak mereka berperilaku terhadap suatu kesehatan bahwa kesehatan itu bisa saja dianggap barang kurang berharga bahkan suatu kesehatan tidak terlalu penting (Bab 7).

DUMMY

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



DAFTAR PUSTAKA

- Adedokun, O.M. C.W, Adeyamo, and E.O.Olorunsula. 2010. The Impact of Communication on Community Development. *J. Communication*, 1 (2).
- Boone, Louis E, David L. 2002. Ahli Bahasa, Fadriansyah Anwar, Harjono Honggomiseno. *Pengantar Bisnis*. Jakarta: Erlangga.
- Damayanti, Rita. 2005. *Motivasi dalam Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Damayanti, Rita. 2005. *Persepsi dalam Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Haris, A. 2019. *Management of Education*. Bandung: Alfabeta.
- Hassan, Anwar. 2005. *Komunikasi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hassan, Anwar. 2005. *Pendekatan Sistem Sosial yang Berhubungan dengan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- <http://doktergigi-semarang.blogspot.com/2013/06/pemberdayaan-masyarakat-bidang-kesehatan.html>. Diakses 25 November 2020.
- <https://syahrullegiarito.wordpress.com/2016/03/03/pemberdayaan-masyarakat-di-bidang-kesehatan/>. Diakses 25 November 2020.
- Jimu, M.I. 2008. Community Development. *Community Development: A Cross-Examination of Theory and Practice Using Experiences in Rural Malawi*. *Africa Development*. Vol. XXXIII, No. 2. 2008.
- Krianton, Tri. 2005. *Pemberdayaan Kesehatan dalam Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Linton, L. 1995. *Partnership Modal Ventura*. Jakarta: IBEC.
- Mayo, M. 1998. *Community Work*. dalam Adams, Dominelli dan Payne (eds.), *Social Work: Themes, Issues, dan Critical Debates*. London: McMillan.
- Mohammad, J.H. 2000. *Kemitraan Usaha*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Konsep Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Konsep Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Konsep Advokasi dalam Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbeti, M. 2009. *Pemberdayaan Masyarakat dalam Konsep “Kepemimpinan yang Mampu Menjembatani”*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Payne, M. 1995. *Social Work and Community Care*. London: McMillan.
- Pratomo, Hadi. 2005. *Aplikasi Advokasi dalam Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sipahelut, Michel. 2010. *Analisis Pemberdayaan Masyarakat Nelayan di Kecamatan Tobelo Kabupaten Halmahera Utara*. Tesis. IPB Bogor.
- Soetomo. 2006. *Strategi-strategi Pembangunan Masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, E. 2005. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat. Kajian Strategi Pembangunan Kesejahteraan Sosial dan Pekerjaan Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Tugimin. 2004. *Kewarganegaraan*. Surakarta: Grahadi.
- Wibisono, Yusuf. 2007. *Membedah Konsep dan Aplikasi CSR*. Gresik: Fascho Publishing.



INDEKS

A

Aktif; 18
Anggota; 56
Aksi sosial; 16

B

Budaya; 1
Berpijak; 59

C

Community leader; 26
Community organization; 29
Community fund; 29, 31
Community material; 31
Community knowledge; 31
Community technology; 31

D

Desentralisasi; 22

E

Ekonomi; 1
Edukasi; 2,
Empowerment; 9, 11, 12
Evaluasi; 68

F

Freedom; 17

Fellin; 48

Filosofi; 59

G

Group representation; 55

H

Hubley; 9
Health Empowerment; 9
Health literacy; 9
Health promotion; 9
Hunter; 48

I

Indonesia; 71

J

Jimmu; 17, 18

K

Kampanye; 16
Kontribusi; 21
Kemitraan; 21
Karakteristik; 24
Kooptasi; 61

L

Logis; 56
Learning by doing; 68

M
Manpower; 50
Misi; 3
Memfasilitasi; 22
Memotivasi; 22
Mensosialisasi; 26
Metode; 33
Multiperspective; 36
Mulyono; 36

N
Nurberti, M; 9,
Notoatmodjo; 9, 28
Networking; 73

O
Output; 40
Outcome; 40
Organisasi; 65

P
Paternalistic; 29
Partisipasi; 18, 21
Pendidikan; 1,
Primary target; 9, 13
Promosi; 11, 15, 16

Provider; 22, 29, 31
Poerwoko; 41

R
Reaksi; 56
Regulasi; 4,
Raga; 8,

S
Sektor; 22
Sosial; 1, 8, 18, 26
Swasta; 22
Sosialisasi; 16
Self-efficacy; 9

T
Teknologi; 25
Tri kianto; 48

V
Visi; 1, 3
Venture; 73

W
Wilayah; 4, 47
Winarianto; 36

BIODATA PENULIS



Prof. Adjunct. Dr. Marniati, S.E., M.Kes., dilahirkan di Lhok Nibong, Kabupaten Aceh Timur pada 25 Mei 1981. Sosok wanita muda dan penuh prestasi ini, ia merupakan Rektor Universitas Ubudiyah Indonesia (UII), dengan segudang prestasinya dalam memimpin Universitas Ubudiyah Indonesia, pada tahun 2015 ia mendapatkan Penghargaan Gelar Profesor Adjunct dari University Malaysia Perlis.

Penganugerahan Gelar Profesor Adjunct baginya merupakan Rahmat Allah Swt. semata-mata atas rasa syukur dari kerja kerasnya memimpin Universitas Ubudiyah Indonesia, sejak menjadi Ketua STIKes hingga menjadi Rektor Universitas Ubudiyah Indonesia, baginya penghargaan Gelar Prof. Adjunct merupakan Gelar Penghargaan bersifat Internasional dan tidak mudah untuk meraihnya.

Gelar Doktornya diraih dari Universitas Sumatra Utara tahun 2020 dengan konsentrasi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Predikat *Com Laude* (pujian). Gelar Magister Kesehatan Masyarakat diraihnya di Universitas Sumatra Utara tahun 2010. Gelar Sarjana Ekonomi diraihnya dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Syiah Kuala tahun 2004. Dalam pengembangan kariernya sebagai akademisi dan Rektor Universitas Ubudiyah Indonesia (UII) selain aktif mengajar di kampus yang dipimpinnya, ia melakukan berbagai penelitian yang

berhubungan dengan kesehatan masyarakat guna untuk membantu pemerintah dalam bidang kesehatan yang kiranya bermanfaat bagi masyarakat dari hasil-hasil penelitiannya tersebut.

Marniati juga aktif melakukan berbagai inovasi dan terobosan untuk Universitas Ubudiyah, misalnya menggandeng kerja sama dengan berbagai institusi perguruan tinggi dalam dan luar negeri. Hasil kerja sama itu antara lain dituangkan dalam bentuk *Memorandum of Understanding* (MoU) dan *Letter of Intent* (LoI) yang memuat serangkaian program seperti kerja sama di bidang penelitian dan publikasi ilmiah, kerja sama antarperpustakaan, program *double degree*, beasiswa bagi dosen Universitas Ubudiyah, program TV digital, dan *cyber university*.

Berbagai penghargaan yang diraihnya, yaitu tahun 2013 memperoleh; (1) Certified Education and Educator Indonesia Award 2013, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (2) Platinum Indonesia Award Category Best Service Excellent, Instansi Platinum Award. Tahun 2014 ia juga memperoleh; (1) ASEAN Best Executive Award 2014, Instansi International Human Resources Development Program (IRDP); (2) International Award in Field of Human Resources (IAHR) 2014, Instansi International Human Resources Development Program (IRDP); (3) Good Education Governance Award Indonesia Best 50 Trusted School 2014, Instansi Vienna Communication; (4) Indonesia Creative Leader Award, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (5) Innovative Figure Award, Instansi Indonesia Achievement Award; (6) The Best 10 Trusted School, Instansi Indonesia Achievement Award; (7) The Most Inspiring Educator of the Year 2014, Instansi Vienna Communication; (8) Indonesia Professional Award Year 2014, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (9) The Best Education Figure of The Year 2014, Instansi Vienna Achievement; (10) Indonesia Profesional Award (IPA) Category Reputation Institution of The Years, Instansi Profesional Award; (11) International Foundation ASEAN Best Executive Award Category The Best International Human Resource, Instansi IHRDP; (12) International Award in Field of Human Resource Category The Best International Human Resource Development Program, Instansi IHRDP; (13) Best Indonesia Islamic Business Category Best Indonesia Islamic Business, Instansi Indonesia Achievement Award.

Selanjutnya Tahun 2015, ia juga memperoleh; (1) Anugerah Khas, Instansi University Malaysia Perlis; (2) Special Recognition Award 2015, Instansi European Women Inventor and Innovator Network (EUWIIN), London, UK; (3) Outstanding Leader Award, Instansi Asia Invention Association (AIA), Korea Selatan; (4) Professor Adjunct, Instansi University Malaysia Perlis, Malaysia; (5) Cut Nyak Dhien Award 2015, Instansi Cut Nyak Dhien Award. Kemudian pada tahun 2016 ia juga memperoleh; (1) Indonesia School Award Best of The Best 2016, Instansi Masterpiece Award; (2) Indonesia Excellent Quality Award Category Leading University of Quality Education Program of The Year, Instansi Venna Event Award.

Dalam pengembangan kariernya, ia aktif di berbagai organisasi profesi dan organisasi sosial: menjabat Wakil Ketua Ikatan Wanita Pengusaha Indonesia (IWAPI) Aceh, Ia juga sebagai Pengurus Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI) Aceh. Berbagai kebijakan yang diambil telah memberi banyak perubahan, misalnya menghidupkan budaya akademik di lingkungan Universitas Ubudiyah melalui serangkaian seminar ilmiah tentang kesehatan. Perubahan itu disambut positif oleh pihak Yayasan Universitas Ubudiyah yang kemudian meningkatkan intensitas dalam menggenjot pembangunan fisik kampus di kampus baru di kawasan Desa Tibang berhampiran dengan Hutan Taman Kota.

Pada bulan Mei 2005, Marniati melangsungkan pernikahan dengan Dedi Zefrizal, S.T. Kebahagiaan mereka kian lengkap setelah dikaruniai seorang anak yang diberi nama Devin Caisario Zefrizal pada 2006. Kini Devin bersekolah di SD Bunga Matahari Internasional. Dan ditambah lagi lahir putri kedua bernama Fatima Eysel Zefrizal, tentunya hati kami akan semakin bahagia atas kelahiran putra dan putri kami di tanggal 15 November 2020 yang ke tiga dan ke empat, bernama Aisyah Doroteia dan Omar Al Bukhari Zefrizal, semoga anak-anak kami menjadi anak yang soleh-solehah, berbakti kepada kedua orang tua, agama, bangsa, dan negara. Aamiin.

DUNNMY