

Mengubah Perilaku Kesehatan melalui Pemberdayaan Masyarakat

Teori, Praktik, dan Riset



EDITOR:
Nimiek Lely Pratiwi
Oedoyo Soedirham
Hari Basuki

Mengubah Perilaku Kesehatan melalui Pemberdayaan Masyarakat
Nimiek Lely Pratiwi, Oedoyo Soedirham, Hari Basuki



Airlangga University Press
Kampus 5 Universitas Airlangga
Muljorejo, Surabaya 60115
Telp. (031) 5992246, 5992247
Fax. (031) 5992248
E-mail : aup.uns@igmail.com



Pasal 22 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak memperbanyak penggunaan untuk kepentingan komersial suatu Program Komputer dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (4) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 17 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (5) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 19, Pasal 20, atau Pasal 29 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (6) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 24 atau Pasal 35 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (7) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 25 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (8) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 27 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (9) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 28 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

Mengubah Perilaku Kesehatan melalui Pemberdayaan Masyarakat

Teori, Praktik, dan Riset

Editor:

Ninieck Lely Pratiwi

Peneliti utama di Puslitbang Humaitora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI

Oedoyo Soediham

Dosen FKM Universitas Airlangga

Hari Basuki

Dosen FKM Universitas Airlangga



Riset Penelitian dan Penerbitan UINAR
Airlangga University Press

**Mengubah Perilaku Kesehatan Melalui Pemberdayaan Masyarakat
Teori, Praktik, dan Riset**

Editor: Niniek Lely Pratiwi, Oedoyo Soedirham, dan Hari Basuki

Perustakaan Nasional RI. Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Mengubah Perilaku Kesehatan Melalui

Pemberdayaan Masyarakat: Teori, Praktek, dan

Riset / Editor: Niniek Lely Pratiwi, Oedoyo

Soedirham, dan Hari Basuki. -Cet.1- Surabaya

: Airlangga University Press, 2017.

170 hlm. ; 23 cm.

ISBN 978-602-0820-99-6

1. Pemberdayaan-Masyarakat. I. Judul.

307

Penerbit:

Airlangga University Press

Kampus C Unar, Mulyorejo Surabaya 60115

Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248 E-mail: aup.unair@gmail.com

ANGGOTA IKAPI: 001/JTT/86

ANGGOTA APPPI: 001/KTA/APPPI/X/2012

AUP 300/03.643/01.17 (0.10)

Dicetak oleh:

Pusat Penerbitan dan Percetakan (AUP)

(OC 222/08.16/AUP-BIE)

Buku ini diterbitkan atas kerja sama dengan Puslitbang Humaniora dan
Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta Pusat dan
Indrapura 17, Surabaya 60176

Cetakan pertama — 2017

Dilarang mengutip dan/satau memperbanyak tanpa izin tertulis dari
Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami sampaikan
kepada Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan,
Badan Penelitian dan Pengembangan, Kementerian Kesehatan
yang telah memberikan dukungan finansial untuk penerbitan buku ini

KATA PENGANTAR

Perilaku hidup sehat di masyarakat dapat ditingkatkan melalui upaya pemberdayaan baik melalui siswa, guru, keluarga, kader kesehatan dan tokoh masyarakat sebagai agen penggerak perubahan (*Agent of Change/ AOC*). Peran media komunikasi, jejaring sosial dan teknologi informasi sangat menunjang keberhasilan terjadinya perubahan perilaku sehat di masyarakat.

Intervensi pemberdayaan masyarakat yang diterapkan di berbagai anggota dan kelompok masyarakat, tidak bisa langsung merubah perilaku hidup sehat, tetapi melalui beberapa tahapan. Pemberdayaan dapat meningkatkan kesadaran, nilai, norma dan meningkatkan komitmen kelompok masyarakat serta meningkatkan kepercayaan dan keyakinan masyarakat untuk mandiri, baik mandiri dalam bidang dana, dan bidang sosial kemasyarakatan lainnya.

Di samping itu intervensi pemberdayaan dapat meningkatkan pengetahuan, persepsi yang selanjutnya dengan basis nilai budaya yang ada di masyarakat mampu merubah sikap yang akhirnya juga akan merubah perilaku sehat di masyarakat. Intervensi pemberdayaan ini dilakukan pada kelompok masyarakat akan meningkatkan ketertarikan antar berbagai kelompok masyarakat juga akan meningkatkan partisipasi dan akan menimbulkan kesiapan masyarakat menuju kemandirian.

Kebijakan memasukkan pemberdayaan masyarakat sebagai salah satu subsystem dari Sistem Kesehatan Nasional sangatlah tepat, sehingga menjadikan pemberdayaan masyarakat sebagai rencana strategis Kementerian Kesehatan sekarang dan masa mendatang dalam program prioritas melalui upaya preventif dan promotif. Pemerintah seharusnya meningkatkan program upaya preventif dan promotif kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat masyarakat.

Buku ini terdiri dari 9 Bab, mengupas banyak hal secara mendalam tentang pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan mulai dari teori, konsep, riset dan praktik.

Diharapkan buku ini dapat memberikan sharing informasi bagi dunia pendidikan, dan masukan kebijakan pada Kementerian kesehatan, *stakeholder* kabupaten kota dalam memencanakan prioritas pembangunan kesehatan.

Editor

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xiii
BAB 1	
Pemberdayaan Masyarakat dengan <i>Precaution Adoption Process</i>	
Models Melalui Agen Penggerak Perubahan Tokoh Masyarakat	
<i>Niniek Lety Pratiwi, Tety Rachmanawati, Oetkyo Soedirhan</i>	1
Pendahuluan	1
Pengertian dan Proses Pemberdayaan Masyarakat	2
Konsep Pemberdayaan Masyarakat Sebagai Konsep Alternatif	4
Pembangunan	5
Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	7
Pentahapan Pemberdayaan Masyarakat	13
Daftar Pustaka	13
BAB 2	
Peran Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan HIV/AIDS	
<i>Made Asri Budisuari</i>	15
Pendahuluan	15
Pengelahan tentang HIV / AIDS	17
Penyebaran HIV / AIDS di Indonesia	19
Pembahasan	20
Kesimpulan	23
Saran	23
Daftar Pustaka	24
BAB 3	
Pendekatan Perubahan Perilaku Melalui Pemberdayaan Masyarakat	
<i>Niniek Lety Pratiwi, Made Asri Budisuari</i>	25
Pendahuluan	25
Promosi Kesehatan Pendekatan Perubahan Perilaku	32

Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat	34
Bibliografi	35

BAB 4

Teori Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Ninik Lely Pratiwi.....

Pendahuluan	37
Batasan Perilaku dan Perubahan Perilaku	37
Teori-Teori Perubahan Perilaku Kesehatan	39
Teori Perubahan Perilaku Kesehatan	50
<i>Dissimilarity Theory</i> (Festinger :1957).....	50
Bentuk Perubahan Perilaku	51
Strategi Perubahan Perilaku (WHO)	51
Hasil Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas 2013	51
Derajat Kesehatan	53
Konsep Blum	55
Domain Perilaku	57
Bibliografi	69

BAB 5

Pendekatan Kesehatan Masyarakat Menggapai Perubahan Perilaku

Ninik Lely Pratiwi.....

Pendahuluan	71
Kuang Lingkup <i>Public Health</i>	72
Perkembangan Puskesmas, PKMD di Indonesia	78
Falsafah Dasar Pengembangan <i>Public Health</i>	82
Bibliografi	87

BAB 6

Partisipasi Upaya Mencapai Kemandirian Masyarakat

Ninik Lely Pratiwi, dan Suharnati.....

Pendahuluan	89
Bibliografi	100

BAB 7

Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) melalui Peran Kader Kesehatan

Okarriah.....

Pendahuluan	101
Peningkatan Kesehatan Gigi Dan Mulut Menurut MDGs 2015	103

Profil Kondisi Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia	105
--	-----

Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)	110
--	-----

Perilaku Masyarakat Dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi di Indonesia.....	112
---	-----

Perilaku Sikat Gigi Setiap Hari.....	117
Perilaku Sesusdah Makan Pagi.....	117
Perilaku Sebelum Tidur Malam	118
Perilaku Cara Menyikat Gigi dengan Benar	118

Peran Kader Kesehatan Dalam Pemberdayaan Masyarakat	118
---	-----

Bidang Kesehatan Gigi.....	118
Kondisi Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia	121

Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)	123
--	-----

Perilaku Masyarakat dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi di Indonesia	124
--	-----

Peran Kader Kesehatan dalam Pemberdayaan Masyarakat	125
---	-----

Bidang Kesehatan Gigi.....	125
Kesimpulan	126

Saran.....	126
------------	-----

Bibliografi	127
-------------------	-----

BAB 8

Mengenal Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat

Ninik Lely Pratiwi, Hari Basuki.....

Pendahuluan	129
Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat	132
Dasar Hukum Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat	133
Batasan Pemberdayaan Masyarakat	135
Prinsip Pemberdayaan Masyarakat	139
Ciri Pemberdayaan Masyarakat	142
Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat	148
Bibliografi	149

BAB 9

Pemberdayaan Masyarakat dalam Skrining Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak dengan Autis, atau Anak Berkebutuhan Khusus

Ninik Lely Pratiwi, Tety Rachmanawati, Rosi Agustina,

Yurka Fauziah.....

Pendahuluan	151
Perkembangan Anak Autis, dan Anak Berkebutuhan Khusus	155
Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Autis	157

Pembahasan	163
Kesimpulan	167
Rekomendasi	168
Daftar Pustaka	168

DAFTAR TABEL

Tabel 21	Jumlah kasus penderita yang meninggal karena AIDS di Indonesia tahun 2008-2011	16
Tabel 22	Prevalensi penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar HIV/AIDS menurut provinsi.....	17
Tabel 23	Prevalensi penduduk 15-24 tahun dengan Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS menurut Provinsi	18
Tabel 24	Kasus HIV baru pada provinsi di Indonesia	20

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Pemberdayaan Masyarakat Menuju Kemandirian melalui Proses <i>Precaution Adoption Process Models</i> , modifikasi dari <i>The Precaution Adoption Process Model</i>	10
Gambar 2.1	Empat Provinsi di Indonesia dengan kasus meninggal terbanyak	16
Gambar 4.1	Berbagai faktor Predisporsi yang Memengaruhi Perilaku	38
Gambar 4.1	Proporsi Rumah Tangga Memenuhi Kriteria PHBS menurut Provinsi Tahun 2013	52
Gambar 4.2	Proporsi RT yang melakukan PHBS berdasarkan 10 indikator	52
Gambar 4.3	Teori H.L Blum	53
Gambar 4.4	Pemberdayaan masyarakat menurut teori <i>Perceived behavioral Change/control model</i>	66
Gambar 5.1	Persentase puskesmas berdasarkan kegiatan pemberdayaan masyarakat	81
Gambar 6.1	Proporsi Rumah Tangga secara nasional yang melakukan Pola Hidup Bersih Sehat (PHBS) menurut 10 indikator Sumber : Riskesdas 2013	90
Gambar 6.2	Proporsi Panjang Badan Lahir, Riskesdas tahun 2013 ..	94
Gambar 7.1	Proporsi Karies Gigi, Pengalaman Karies, Bebas Karies dan Dental Fit Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013	106
Gambar 7.2	Proporsi Kondisi Gigi dan Kesehatan Mulut Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013	108
Gambar 7.3	Prevalensi Masyarakat yang Bermasalah Gigi dan Mulut Sesuai <i>Effektif/Medical Demand</i> Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013	109
Gambar 7.4	Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Aceh, Sumut, Sumbar, Riau, Jambi, Sumsel, Bengkulu, Lampung,	

	Bangka Belitung dan Kep. Riau di Indonesia, Tahun 2013.....	115
Gambar 7.5	Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi DKI Jakarta, Jabar, Jateng, DI Yogyakarta, Jatim dan Banten di Indonesia, Tahun 2013 (Jawa)	115
Gambar 7.6	Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Bali, NTB, NTT, Kalbar, Kalteng, Kalsel dan Kaltim di Indonesia, Tahun 2013.....	116
Gambar 7.7	Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultenggara, Gorontalo, Sulbar di Indonesia, Tahun 2013.....	116
Gambar 7.8	Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013 (Maluku & Papua).....	117
Gambar 8.1.	Sistem kesehatan dapat berjalan dengan baik, bila ke tiga faktor tersebut berjalan beriringan	129
Gambar 8.2	Interaksi antara pemberdayaan masyarakat dengan kebijakan dan kondisi politik.....	135
Gambar 9.1	Data anak disabilitas berdasarkan provinsi di Indonesia.....	156
Gambar 9.2	Data Anak Autis di Kabupaten Sidoarjo tahun 2014.....	156
Gambar 9.3	Strategi Pelayanan Kesehatan Anak dengan Disabilitas	166

I

Pemberdayaan Masyarakat Dengan Precaution adoption Process Models Melalui Agen Penggerak Perubahan Tokoh Masyarakat

Ninieck Lely Pratiwi, Tety Rachmawati, Oedoyo Soedirham

PENDAHULUAN

Pemberdayaan masyarakat berasal dari kata “*empowerment*” dan “*empower*” yang dalam bahasa Indonesia berarti pemberdayaan dan memberdayakan. Menurut Merriam Webster dan Oxford English Dictionary (dalam Prijono dan Pranarka, 1996: 3) menyatakan bahwa pemberdayaan memiliki dua pengertian. *Pertama* adalah *to give power or authority to*, diartikan sebagai memberi kekuasaan, mengalihkan kekuatan atau mendelegasikan otoritas ke pihak lain. *Kedua*, berarti *to give ability to or enable*, diartikan sebagai upaya untuk memberikan kemampuan atau keberdayaan.

Konsep *empowerment* pada dasarnya adalah upaya menjadikan suasana kemanusiaan yang adil dan beradab menjadi semakin efektif secara struktural, baik dalam kehidupan keluarga, masyarakat, negara, regional, internasional, maupun dalam bidang politik, ekonomi dan lain-lain. Memberdayakan masyarakat menurut Kartasasmita (1996: 144) adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat yang dalam kondisi sekarang tidak mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum berbagai nilai sosial. Konsep ini mencerminkan paradigma baru pembangunan, yakni yang bersifat *people-centered*, *participatory*, *empowering*, dan *sustainable*.

Gagasan pembangunan yang mengutamakan pemberdayaan masyarakat dipahami sebagai suatu proses transformasi dalam hubungan sosial, ekonomi, budaya, dan politik masyarakat. Perubahan struktur yang sangat diharapkan adalah proses yang berlangsung secara alamiah, yaitu yang menghasilkan dan harus dapat dinikmati bersama. Begitu pula sebaliknya, yang menikmati haruslah yang menghasilkan. Proses ini diarahkan agar setiap upaya pemberdayaan masyarakat dapat meningkatkan kapasitas masyarakat (*capacity building*) melalui penciptaan akumulasi modal yang bersumber dari surplus yang dihasilkan, yang mana pada gilirannya nanti dapat pula menciptakan pendapatan yang akhirnya dinikmati oleh seluruh rakyat. Proses transformasi ini harus dapat digerakan sendiri oleh masyarakat. Menurut Sumodiningrat (1999: 134), mengatakan bahwa kebijaksanaan pemberdayaan masyarakat secara umum dapat dipilah dalam tiga kelompok yaitu, *pertama*, kebijaksanaan yang secara tidak langsung mengarah pada sasaran tetapi memberikan dasar tercapainya suasana yang mendukung kegiatan sosial ekonomi masyarakat. *Kedua*, kebijaksanaan yang secara langsung mengarah pada peningkatan kegiatan ekonomi kelompok sasaran. *Ketiga*, kebijaksanaan khusus yang menjangkau masyarakat miskin melalui upaya khusus.

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, menurut Kartasasmita (1996: 159-160), harus dilakukan melalui beberapa kegiatan. *Pertama*, menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (*enabling*). *Kedua*, memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat (*empowering*). *Ketiga*, memberdayakan mengandung pula arti melindungi. Titik tolaknya bahwa pengenalan setiap manusia, setiap anggota masyarakat, memiliki suatu potensi yang selalu dapat terus dikembangkan. Artinya, tidak ada masyarakat yang sama sekali tidak berdaya, karena jika demikian akan mudah punah. Pemberdayaan merupakan suatu upaya yang harus diikuti dengan tetap memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh setiap masyarakat. Untuk itu, diperlukan beberapa langkah yang lebih positif selain menciptakan iklim dan suasana. Langkah ini meliputi tahapan nyata dan meningkatkan penyediaan berbagai masukan (*input*) serta membuka akses kepada berbagai peluang (*opportunities*) yang nantinya dapat menjadikan masyarakat semakin berdaya.

PENGERTIAN DAN PROSES PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Para ilmuwan sosial dalam memberikan pengertian pemberdayaan mempunyai rumusan yang berbeda-beda dalam berbagai konteks dan

bidang kajian. Sehingga belum ada definisi yang tegas mengenai konsep tersebut. Namun demikian, bila dilihat secara lebih luas, pemberdayaan sering disamakan dengan prolehan daya, kemampuan dan akses terhadap sumber daya untuk memenuhi kebutuhannya. Perlu mengkaji beberapa pendapat para ilmuwan yang memiliki komitmen terhadap pemberdayaan masyarakat agar dapat memahami secara mendalam tentang pengertian pemberdayaan.

Payne (1997) menjelaskan bahwa pemberdayaan pada hakikatnya bertujuan untuk membantu masyarakat mendapatkan daya, kekuatan dan kemampuan untuk mengambil keputusan dan tindakan yang akan dilakukan dan berhubungan dengan diri masyarakat tersebut, termasuk mengurangi kendala pribadi dan sosial dalam melakukan tindakan. Masyarakat yang telah mencapai tujuan kolektif diberdayakan melalui kemampuannya, bahkan merupakan keharusan untuk lebih diberdayakan melalui usaha mereka sendiri dan akumulasi pengetahuan, keterampilan serta sumber lainnya dalam rangka mencapai tujuan tanpa tergantung pada pertolongan dari hubungan eksternal. Proses pemberdayaan menurut Pranarka dan Vidhyandika (1996) mengandung dua kecenderungan, yaitu kecenderungan primer dan sekunder. Kecenderungan primer merupakan proses pemberdayaan yang memprioritaskan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuatan, kekuasaan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu lebih berdaya. Kecenderungan kedua yaitu kecenderungan sekunder menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog. Samardo (1999) menyebutkan beberapa ciri warga masyarakat berdaya yaitu:

1. Mampu memahami diri dan potensinya, sehingga memiliki kemampuan merencanakan (mengantisipasi kondisi perubahan ke depan)
2. Mampu mengarahkan dirinya sendiri
3. Memiliki kekuatan untuk berunding
4. Memiliki *buying power* yang memadai dalam melakukan kerja sama yang saling menguntungkan, dan
5. Bertanggungjawab atas tindakannya.

Masyarakat berdaya adalah masyarakat yang tahu, mengerti, paham termotivasi, berkemampuan, memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerja sama, tahu berbagai alternatif, mampu mengambil keputusan, berani mengambil risiko, mampu mencari dan menangkap informasi dan

mampu bertindak sesuai dengan situasi. Proses pemberdayaan melahirkan masyarakat yang memiliki sifat seperti yang diharapkan harus dilakukan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggungjawab.

KONSEP PEMBERDAYAAN MASYARAKAT SEBAGAI KONSEP ALTERNATIF PEMBANGUNAN

Konsep pemberdayaan sebagai suatu konsep alternatif pembangunan, pada intinya memberikan tekanan otonomi pengambilan keputusan dari suatu kelompok masyarakat, yang berlandas pada sumber daya pribadi, langsung (melalui partisipasi), demokratis dan pembelajaran sosial melalui pengalaman langsung. Sebagai titik lokusnya adalah lokalitas, sebab "*civil society*" akan merasa siap diberdayakan lewat beberapa isu lokal. Friedman (1992) juga mengingatkan bahwa adalah sangat tidak realists apabila kekuatan ekonomi dan berbagai struktur diluar *civil society* diabaikan, oleh karena itu pemberdayaan masyarakat tidak hanya sebatas ekonomi saja namun juga secara politis, sehingga pada akhirnya masyarakat akan memiliki posisi lawar baik secara nasional maupun internasional.

Konsep pemberdayaan menurut Korten, David C. (1992) merupakan hasil kerja dari proses interaktif baik ditingkat ideologis maupun praktis. Secara ideologis, konsep pemberdayaan merupakan hasil interaksi antara konsep *top down* dan *bottom up* antara *growth strategy* dan *people centered strategy*. Secara praktis, interaktif akan terjadi lewat pertarungan antarotonomi. Konsep pemberdayaan sekaligus mengandung konteks pemihakan kepada lapisan masyarakat yang berada dibawah garis kemiskinan. Pemmasalahan yang dihadapi oleh masyarakat sebagian besar diakibatkan oleh kesenjangan terhadap akses modal, prasarana, informasi pengetahuan, teknologi keterampilan, ditambah oleh kemampuan sumber daya manusia, serta kegiatan ekonomi lokal yang tidak kompetitif menjangkau pendapatan masyarakat, serta masalah akumulasi modal.

Kelengkapan pembangunan yang ada pada masyarakat lokal secara umum belum dioptimalkan, tersalurkan dan mengkomodifikasi kepentingan, kebutuhan dan pelayanan masyarakat dalam rangka meningkatkan produktivitas yang mampu memberi nilai tambah usaha.

Kelengkapan aparat pemerintah ditingkat lokal sementara ini terlihat terlalu terbebani pelaksanaan program dari pemerintahan ditingkat atasnya, sehingga tidak dapat memfokuskan pada pelayanan pengembangan peran serta masyarakat dalam proses perwujudan masyarakat maju dan mandiri.

Menurut Kartasasmita (1996) yang mengacu pada pendapat Chambers, pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi

yang menerangkan berbagai nilai sosial. Konsep ini mencerminkan paradigma basis pembangunan yang berstat *people centered, participatory, empowering* dan berkesinambungan.

Dari definisi diatas, pemberdayaan masyarakat dimengerti sebagai konsep yang lebih luas daripada hanya sekedar pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Pemberdayaan masyarakat lebih diartikan sebagai upaya menjadikan manusia sebagai sumber, pelaku dan yang menikmati hasil pembangunan, dengan kata lain pembangunan dari, oleh dan untuk masyarakat Indonesia.

Secara konkrit, pemberdayaan masyarakat diupayakan melalui pembangunan ekonomi rakyat (Sumodiningrat, 1999). Sementara itu, pembangunan ekonomi rakyat harus diawali dengan usaha pengentasan penduduk dari kemiskinan. Sumodiningrat, mengatakan bahwa upaya pemberdayaan masyarakat sebagaimana tersebut diatas paling tidak harus mencakup lima hal pokok yaitu bantuan dana sebagai modal usaha, pembangunan prasarana sebagai pendukung pengembangan kegiatan, penyediaan sarana, pelatihan bagi aparat dan masyarakat dan penguatan kelembagaan sosial ekonomi masyarakat seperti bantuan yang diberikan kepada masyarakat.

Perwujudan pemberdayaan masyarakat dalam pendekatan pembangunan masyarakat sebagai berikut:

1. Pengoptimalan pengembangan masyarakat desa atau Kelurahan melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat untuk meraih peluang usaha melalui penyediaan prasarana dan sarana modal sosial di masyarakat
2. Pemantapan koordinasi pembangunan melalui penciptaan keterkaitan antara institusi lokal yang ada di masyarakat
3. Mendasarkan pada partisipasi masyarakat yang diringi dengan peningkatan kemitraan dunia usaha, pengelolaan pembangunan yang berkelanjutan dan transparansi.

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI BIDANG KESEHATAN

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah proses transfer informasi kepada individu, keluarga atau kelompok secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikut perkembangan agar terjadi perubahan pengetahuan (*knowledge*) dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar, perubahan sikap (*attitude*) dari tahu menjadi mau, dan aspek perilaku (*practice*), dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku terutama dalam upaya pencegahan penyakit, meningkatkan kesehatan diri, menciptakan lingkungan sehat serta berperan aktif untuk upaya kesehatan. Tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan masyarakat khususnya di bidang kesehatan adalah

membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berfikir, bertindak dan mengendalikan apa yang dilakukannya dalam mengatasi permasalahan kesehatan. Kemandirian masyarakat merupakan suatu kondisi yang dialami masyarakat yang ditandai oleh kemampuan untuk memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi dengan menggunakan daya kemampuan yang terdiri atas kemampuan kognitif, konatif, psikomotorik, afektif, dengan menggerakkan sumber daya yang dimiliki oleh lingkungan internal masyarakat tersebut.

Terjadinya keberdayaan pada tiga aspek tersebut (afektif, kognitif dan psikomotorik) akan memberikan kontribusi pada terciptanya kemandirian masyarakat yang *dicita-citakan*, masyarakat akan memiliki kecukupan wawasan, dilengkapi dengan kecakapan keterampilan yang memadai, diperkuat oleh rasa memerlukan pembangunan dan perilaku sadar akan kebutuhan tersebut (Ambar Teguh S, 2004: 80-81).

Menurut Karen Glanz, Barbara K. Rimer, dan K Viswanath (2008), salah satu pola pendekatan pemberdayaan masyarakat yang paling efektif dalam rangka peningkatan partisipasi masyarakat adalah *inner resources approach*. Pola ini menekankan pentingnya merangsang masyarakat untuk mampu mengidentifikasi berbagai keinginan dan kebutuhannya serta bekerja secara kooperatif dengan pemerintah dan lembaga lain untuk mencapai keputusan bagi mereka. Pola ini juga mendidik masyarakat menjadi *concern* akan pemenuhan dan pemecahan beberapa permasalahan yang mereka hadapi dengan menggunakan potensi yang mereka miliki (Ross, 1987 dalam Karenz Glanz).

Pemberdayaan masyarakat merupakan segala upaya yang bersifat noninstruktif untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi, merencanakan dan melakukan pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada setempat. Gerakan pemberdayaan (*empowerment*) adalah merupakan suatu proses dinamis dalam pemberian informasi secara berkesinambungan mengikut perkembangan pengetahuan serta proses membantu sasaran agar meningkatkan kesadaran situasinya (*aspek knowledge*) dari tahu menjadi mau (*aspek attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenankan (*aspek practice*).

Di dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, prinsip yang perlu ditutamakan adalah sebagai berikut.

1. Memumbuhkembangkan potensi masyarakat
2. Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan

3. Mengembangkan gotong royong
4. Bekerja bersama masyarakat terutama yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan
5. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan berbasis masyarakat
6. Kerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masyarakat (ORMAS) lain yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan masyarakat
7. Desentralisasi

PENTAHAPAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Konsekuensi dan tanggung jawab utama dalam program pembangunan melalui pendekatan pemberdayaan adalah masyarakat berdaya atau memiliki daya, kekuatan atau kemampuan. Kekuatan tersebut dilihat dari aspek fisik dan material, ekonomi, kelembagaan, kerja sama, kekuatan intelektual serta komitmen bersama dalam menerapkan beberapa prinsip pemberdayaan. Lisyartini, dan A Erlina, (2011) menjelaskan bahwa tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berfikir, bertindak dan mengendalikan apa yang mereka lakukan. Kemandirian masyarakat merupakan suatu kondisi yang dialami oleh masyarakat yang ditandai dengan kemampuan memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan masalah yang dihadapi dengan menggunakan daya atau kemampuan yang dimiliki.

Daya atau kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan kognitif, konatif, psikomotorik dan afektif serta sumber daya lainnya yang bersifat fisik atau material. Kondisi kognitif merupakan kemampuan berpikir yang ditandai oleh pengetahuan dan wawasan seseorang dalam rangka mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi. Kondisi konatif merupakan suatu sikap perilaku masyarakat yang terbentuk dan diarahkan pada perilaku yang sensitif terhadap berbagai nilai pemberdayaan masyarakat. Kondisi afektif merupakan perasaan yang dimiliki oleh individu yang diharapkan dapat diintervensi untuk mencapai keberdayaan dalam sikap dan perilaku. Kemampuan psikomotorik merupakan kecakapan keterampilan yang dimiliki masyarakat sebagai upaya mendukung masyarakat dalam melakukan berbagai aktivitas pembangunan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat, secara umum dapat diartikan sebagai suatu proses yang membangun manusia atau masyarakat melalui

pengembangan kemampuan masyarakat, perubahan perilaku masyarakat, dan pengorganisasian masyarakat.

Tiga tujuan utama dalam pemberdayaan masyarakat diantaranya mengembangkan kemampuan masyarakat, mengubah perilaku masyarakat, dan mengorganisir diri masyarakat. Kemampuan masyarakat yang dapat dikembangkan tentunya banyak sekali seperti kemampuan untuk berusaha, kemampuan untuk mencari informasi, kemampuan untuk mengelola kegiatan, kemampuan dalam pertanian dan masih banyak lagi sesuai dengan kebutuhan atau permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat.

Perubahan perilaku masyarakat yang perlu menjadi fokus prioritas tentunya perilaku yang merugikan masyarakat atau yang menghambat peningkatan kesejahteraan masyarakat. Pengorganisasian masyarakat dijelaskan sebagai suatu upaya masyarakat untuk saling mengatur dalam mengelola kegiatan atau program yang mereka kembangkan. Masyarakat dapat membentuk panitia kerja, melakukan pembagian tugas, saling mengawasi, merencanakan kegiatan, dan lain-lain.

Pemberdayaan masyarakat di Indonesia timbul karena adanya kondisi sosial ekonomi masyarakat yang rendah, angka melek huruf penduduk yang tinggi mengakibatkan mereka tidak mampu secara skill atau tidak punya keterampilan khusus dan tidak tahu karena pengetahuan yang rendah tentang organisasi. Ketidakmampuan dan ketidaklaksanaan masyarakat mengakibatkan produktivitas mereka rendah.

Pemberdayaan masyarakat dapat dilaksanakan melalui pengembangan masyarakat dan pengorganisasian masyarakat. Pengembangan pemberdayaan masyarakat melalui potensi atau kemampuannya dan sikap hidupnya. Kemampuan masyarakat meliputi kemampuan untuk bertani, beternak, melakukan wirausaha, atau berbagai keterampilan membuat *home industry* dan masih banyak lagi kemampuan dan keterampilan masyarakat yang dapat dikembangkan.

Mengembangkan kemampuan dan keterampilan masyarakat dilakukan dengan berbagai cara, misalnya dengan mengadakan pelatihan atau mengikutkan masyarakat pada beberapa pelatihan pengembangan kemampuan dan keterampilan yang dibutuhkan. Dapat juga dengan mengajak masyarakat mengunjungi kegiatan ditempat lain dengan maksud agar masyarakat dapat melihat sekaligus belajar, kegiatan ini sering disebut dengan istilah studi banding.

Pengembangan kemampuan dapat pula dengan menyediakan berbagai buku bacaan yang sekiranya sesuai dengan kebutuhan atau peminatan masyarakat. Masih banyak bentuk lainnya yang bisa diupayakan. Sikap hidup yang perlu diubah tentunya sikap hidup yang merugikan atau

menghambat peningkatan kesejahteraan hidup. Perubahan sikap bukan pekerjaan mudah, karena masyarakat sudah bertahun-tahun bahkan puluhan tahun melakukan perilaku tertentu. Perlu waktu yang cukup lama untuk melakukan perubahan sikap. Caranya adalah dengan memberikan penyadaran, dan pemahaman bahwa apa yang mereka lakukan selama ini merugikan mereka. Pemahaman perilaku sebat dapat dilakukan dengan memberikan banyak informasi dengan menggunakan berbagai media bacaan, televisi, radio dan media internet.

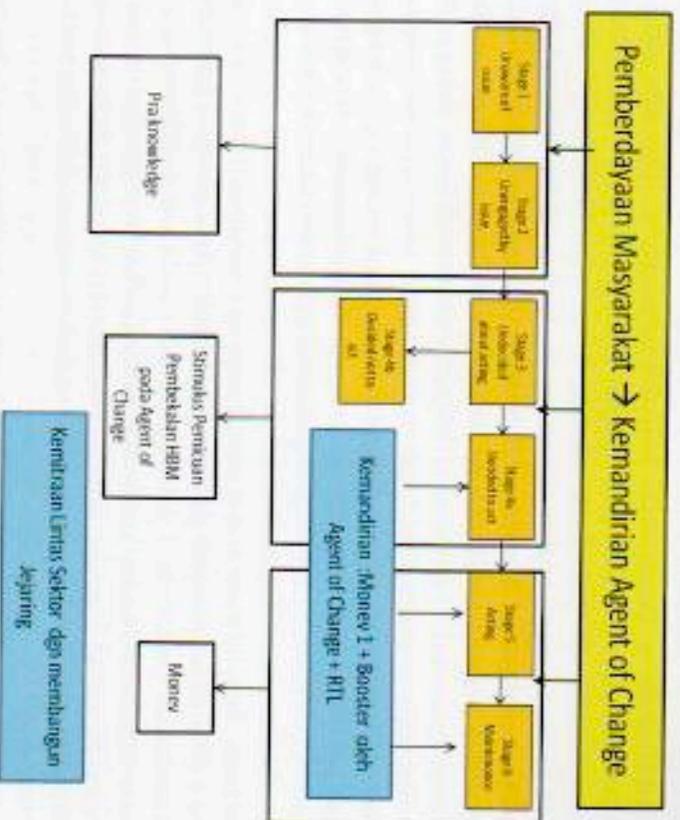
Pada pengorganisasian masyarakat, kuncinya adalah menempatkan masyarakat sebagai pelakunya, untuk itu masyarakat perlu diajak mulai dari perencanaan kegiatan, pelaksanaan, sampai pemeliharaan dan pelestarian. Pelibatan masyarakat sejak awal kegiatan memungkinkan masyarakat memiliki kesempatan belajar lebih banyak. Pada awal kegiatan program kesehatan petugas kesehatan dapat berperan aktif sebagai pendamping. Sebagai pendamping akan lebih banyak memberikan informasi atau penjelasan bahkan memberikan contoh langsung. Pada tahap ini masyarakat lebih banyak belajar namun pada tahap berikutnya pendamping harus mulai memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk mencoba melakukan sendiri hingga mampu atau dapat menjadi pendamping untuk upaya promosi kesehatan. Apabila hal ini terjadi maka di kemudian hari pada saat pendamping atau petugas kesehatan, kader kesehatan meninggalkan masyarakat tersebut, masyarakat sudah mampu untuk melakukannya sendiri atau mandiri. Prinsip dasar pemberdayaan untuk mewujudkan masyarakat yang berdaya atau mandiri.

Menurut Sumodiningrat (2004: 41) pemberdayaan tidak bersifat selamanya, melainkan sampai target masyarakat mampu untuk mandiri, dan kemudian dilepas untuk mandiri, meski dari jauh dijaga agar tidak jatuh kembali. Pendapat tersebut berarti pemberdayaan melalui suatu masa proses belajar, hingga mencapai status, mandiri. Meskipun demikian dalam rangka menjaga kemandirian tersebut tetap dilakukan pemeliharaan semangat, kondisi, dan kemampuan secara terus menerus supaya tidak mengalami kemunduran kembali.

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya bahwa proses belajar dalam rangka pemberdayaan akan berlangsung secara bertahap. Beberapa tahap yang harus dilalui tersebut meliputi:

- 1) Tahap penyadaran dan pembentukan perilaku menuju perilaku sadar dan peduli sehingga merasa membutuhkan peningkatan kapasitas diri.
- 2) Tahap transformasi kemampuan berupa wawasan pengetahuan, kecakapan keterampilan agar terbuka wawasan dan memberikan keterampilan dasar sehingga dapat mengambil peran di dalam pembangunan.

- 3) Tahap peningkatan intelektual, kecakapan keterampilan sehingga terbentuklah inisiatif dan kemampuan inovatif untuk menghantarkan pada kemandirian (Ambar Teguh S, 2004: 82-83).



Gambar 1. 1 Pemberdayaan Masyarakat Menuju Kemandirian melalui Proses *Precaution Adoption Process Model* (Weinstein Neil D, Sandman Peter M, Blalock Susan J)

Proses pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dimulai dengan menyadarkan masyarakat terhadap adanya faktor risiko penyakit dengan pengenalan beberapa perilaku berisiko kepada kelompok masyarakat yang menjadi agen perubahan. Proses pemicuan perilaku berisiko tentang berbagai perilaku seperti merokok, makan makanan manis dan asin, pola makan tidak sehat, perilaku aktifitas fisik. Proses *pre-knowledge* merupakan kondisi awal pengetahuan kesehatan di masyarakat mula yang tidak peduli sampai pada ketidakpekaan masyarakat tentang masalah kesehatan. Proses pemberian pengetahuan di mulai dengan pengenalan masalah kesehatan tentang berbagai contoh jenis penyakit tidak menular yang banyak terjadi di wilayahnya. Penggambaran berbagai pengalaman orang lain yang menderita

dan mengalami penyakit stroke, jantung koroner, kencing manis dan hipertensi sebagai ajang testimoni, *sharing* informasi sebagai upaya promosi kesehatan. Pencegahan berbagai perilaku berisiko terjadinya penyakit tidak menular tersebut juga digambarkan melalui video, foto, dan gambar.

Berbagai perilaku berisiko tersebut berdasarkan teori *Health Belief Model* yang didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan adanya ancaman terhadap kesehatannya. Teori ini dituangkan dalam lima segi pemikiran dalam diri individu, memengaruhi upaya yang ada dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, diantaranya:

- 1) *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan atau diketahui),
- 2) *perceived severity* (bahaya atau kesakitan yang dirasakan),
- 3) *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil),
- 4) *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil),
- 5) *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan).

Hal tersebut dilakukan dengan tujuan *self efficacy* atau upaya diri sendiri untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya. Tingkat seseorang dalam mencapai tahapan tergantung pada tingkat pendidikan, pengalaman, tingkat kepedulian. Tahapan pencapaian proses perubahan perilaku sangat variatif pada setiap orang.

Proses awal dilaksanakan dengan cara pengembangan potensi masyarakat. Agen perubahan adalah tokoh masyarakat, kader setempat, karena dari kondisi awal **pada masyarakat yang belum berdaya, maka masyarakat harus disadarkan terlebih dahulu** tentang seluruh potensi dan kemampuan yang mereka miliki. Membangun kesadaran dan komitmen, pada tahap ini perlu dipahami karakteristik dari masyarakatnya atau sumber daya manusia juga kondisi lingkungan seperti sumber daya alam dan kesehatan lingkungan serta sarana prasarana yang tersedia.

Pemberian pemahaman dan motivasi untuk meningkatkan kesadaran dalam berperilaku hidup sehat, karena hanya mereka sendiri yang dapat menguasakannya, dan yang lebih mengetahui kebutuhan yang diperlukan dalam mewujudkan masyarakat sehat dan mandiri.

Tahap selanjutnya masyarakat yang berperan sebagai "Agen perubahan" diharapkan dapat melakukan aksi sebagai agen perubahan pada masyarakat di desa. Tujuannya, agar masyarakat dapat merasakan hasil dari proses pengembangan potensi yang ada untuk kemajuan dirinya dan komunitasnya dalam upaya pengendalian PTM melalui penyadaran terhadap faktor risiko penyakit dan diharapkan masyarakat menjadi terbiasa

dalam melaksanakannya dalam kehidupan dengan berperilaku hidup sehat. Agen perubahan perlu menjaga atau *maintainence* kesumbuhan pemberdayaan masyarakat dengan melakukan penelitian, survey, wawancara pada masyarakat di wilayahnya. Membangun jejaring, kemitraan yang berkesinambungan antar lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat yang organisasi profesi. *Monitoring* dan evaluasi dilakukan oleh agen perubahan sebagai perwakilan masyarakat, lintas sektor. Masyarakat yang mampu melakukan evaluasi dan *monitoring* permasalahan dan intervensi kesehatan adalah masyarakat yang mandiri. Membangun *advocacy network* di antara para pemuka setempat, masyarakat, dukun dan bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan maternal dan perinatal secara bersama-sama (Anggorodi, 2009).

Peningkatan kesadaran individu dan masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan mereka, diharapkan perilaku masyarakat sehat yang mandiri dapat dicapai. Salah satu upaya pokok pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Riset kesehatan dasar atau Riskesdas (2013) menunjukkan proporsi rumah tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) secara nasional hanya 32,3%. Perilaku hidup yang tidak sehat merupakan faktor pemicu timbulnya penyakit tidak menular (PTM). Mengutip dari Leavel and Clark terdapat 5 (lima) *Level prevention* (tingkat pencegahan) diantaranya:

1. *Health Promotion*, dilakukan tindakan umum untuk menjaga proses bibit penyakit-pejamu-lingkungan;
2. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu untuk mencegah penyakit, menghentikan proses interaksi bibit penyakit-pejamu-lingkungan pada tahap *pre* patogenesis;
3. **Pencegakan diagnosis secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat**, tindakan menemukan penyakit sedini mungkin dan melakukan penatalaksanaan segera dengan terapi yang tepat;
4. **Pembatasan kecacatan** (*dissability limitation*), tindakan penatalaksanaan terapi yang adekuat pada pasien dengan penyakit yang telah lanjut untuk mencegah penyakit menjadi lebih berat, menyebabkan pasien, serta mengurangi kemungkinan terjadinya kecacatan yang akan timbul;
5. **Pemulihan kesehatan** (*rehabilitation*), dimaksudkan untuk mengembalikan pasien ke masyarakat agar mereka dapat hidup dan bekerja secara wajar, atau agar tidak menjadi beban orang lain.

Pemberdayaan masyarakat juga diperlukan dalam kegiatan upaya yang bersifat *preventive, specific protection, early diagnosis, prompt treatment, compliance* minum obat, pembatasan kecacatan, *home care, public health*

nursing, dan lain-lain. Oleh karena itu, bukankah saat ini pasien stroke atau kanker atau tuberkulosis dapat bertahan hidup lebih lama, padahal mereka tidak mendapat rawat inap jangka panjang di rumah sakit.

Penyakit tidak menular membunuh lebih dari 36 juta orang setiap tahun di dunia, hampir 80% tersebut (29 juta jiwa) terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Lebih dari 9 juta dari kematian tersebut terjadi pada kelompok usia di bawah 60 tahun (WHO, 2011).

Di Kawasan Asia tenggara penyakit tidak menular (PTM) adalah penyebab utama kematian. Setiap tahun, diperkirakan 7,9 juta orang meninggal karena PTM, atau setara dengan 55% dari seluruh kematian di regional. Pada wilayah Asia Tenggara PTM merenggut nyawa penduduk di usia yang relatif lebih muda dibandingkan dengan rerata di dunia. Pada tahun 2008 PTM menyebabkan 34% penduduk di wilayah Asia Tenggara tidak dapat mencapai usia 60 tahun, penyebab kematian utama PTM adalah kasus penyakit jantung, stroke diikuti oleh penyakit saluran pernapasan kronis, kanker, dan diabetes. Di dunia, antara tahun 2010-2020 PTM diperkirakan meningkat 15 persen, hal ini berarti pada 2020 mendatang ada 44 juta kematian akibat PTM. Empat besar PTM yang menyebabkan 80% kematian adalah penyakit kardiovaskular sebesar 17,3 juta orang per tahun, diikuti oleh kanker (7,6 juta), beberapa penyakit pernapasan (4,2 juta), dan diabetes (1,3 juta) (WHO, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Pramarka, A. M. W., dan Moejiarto, V. *Pemberdayaan (Empowerment)*, dalam Onny S. Priyono dan A. M. W. Pramarka (eds). 1996. *Pemberdayaan: Konsep, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta: CSIS
- Anggorodi. 2009. *Dukun Bagi Dalam Persittuan Oleh Masyarakat Indonesia*. Makara Kesehatan, vol. 13, hlm. 9-14.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2012. *Buku III Pembangunan Berdimensi Keteladanan, Lampiran Peraturan Presiden RI No. 29 Tahun 2011 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2012*.
- Baum, F. 2008. *The New Public Health*. Oxford University Press.
- Dahl, R. 1983. *Democracy and Its Critics*. New Haven Conn: Yale University Press.
- Glanz, K. Rimer, B. K., dan Viswanath, K (ed.). 2008. *Health Behavior and Health Education*. 4thed. San Fransisco USA: Jossie-Bass.
- Kartasasmita, G. 1996. *Power dan Empowerment: Sebuah Telaah Mengenai Konsep Pemberdayaan Masyarakat*. Pidato Kebudayaan Ketua Bappenas pada peringatan hari jadi ke 28 Pusat Kesentian Jakarta-TIM. Jakarta 19 November 1996.

- Kartasasmita, G. 1997. *Pemberdayaan Masyarakat: Konsep Pembangunan yang Berakar Pada Masyarakat*. Pidato ketua Bapenas pada Sarasehan DPP Golkar tingkat Jawa Timur. Surabaya 14 Maret 1997.
- Kementerian Kesehatan. 2008. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Laverack, G. 2007. *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice* (2nd ed.). UK: Palgrave Macmillan.
- Listyarni, A. Ertina. 2011. *Usaha Pemberdayaan Lansia Secara Fisik Melalui Program Pelatihan Senam Lansia Bugur (SLB)*. PPM Reguler Kompetensi.
- Korten, D. C. 1992. *People Centered Development: Reflections on Development Theory and Methods*. Manila United States.
- Sumodiningrat, G. 2004. *Pembangunan Daerah dan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Weinsten Neil D, Saundman peter M, Blalock susan J. . The Precaution Adaption Process Model, in the text Book Clanz, K, Rimer, B. K, dan Viswanath, K (ed.). 2008. *Health Behavior and Health Education*. 4thed. P 123-147 San Fransisco USA: Josse-Bass.
- WHO, 2011. Global status report on noncommunicable disease. [www.who.int](http://www.who.int/score.who.int)

2.

Peran Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan HIV/AIDS

Made Asri Budisuari

PENDAHULUAN

HIV/AIDS atau *Human Immunodeficiency Virus* merupakan virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia dan akhirnya menimbulkan AIDS. Virus HIV sendiri baru diketahui sekitar tahun 1983 oleh Luc Montaigneur -seorang ahli mikrobiologi Perancis-, dan pada tahun 1984, mikrobiolog asal Amerika Serikat, Robert Gallo mengumumkan pula penemuan yang sama. Berdasarkan data WHO, untuk kawasan Asia, Indonesia merupakan negara ketiga setelah Tiongkok dan India dengan angka pertambahan kasus HIV baru yang tertinggi. Indonesia sendiri sudah termasuk dalam 10 besar negara dengan penderita HIV dan AIDS terbanyak di dunia.

Laporan kasus kumulatif HIV/AIDS yang dikeluarkan Kemenkes menunjukkan bahwa sejak April 1987 s/d 30 September 2014 adalah 206.084 kasus HIV/AIDS yang terdiri dari 150.285 HIV dan 55.799 AIDS dengan 9.796 kematian. Berdasarkan data dirjen P2PTL, sampai dengan tahun 2014 terdapat 22.896 orang yang terinfeksi HIV, dan 1.876 orang terinfeksi AIDS. Secara kumulatif, jumlah penderita HIV/AIDS dari tahun 1987 sampai 2014 adalah sebanyak 150.296 orang, belum termasuk yang meninggal akibat infeksi penularannya. Penyebaran HIV/AIDS sangat pesat dan saat ini menjadi epidemi terkonsentrasi di enam provinsi, yaitu DKI Jakarta, Papua, Jawa Timur, Bali, Jawa Barat, Riau dan Kalimantan Barat, serta cenderung terjadi pula di beberapa provinsi yang lain. Permasalahannya, kasus HIV identik dengan fenomena gunung es, yang berarti kasus yang dilaporkan terlihat lebih sedikit dari pada kasus sebenarnya yang terjadi di masyarakat. Tabel di bawah menunjukkan jumlah kumulatif orang yang meninggal dari tahun 2008-2011 disebarkan HIV/AIDS.

Tabel 2.1 Jumlah kasus penderita yang meninggal karena AIDS di Indonesia tahun 2008-2011

Tahun	Jumlah kasus meninggal karena HIV/AIDS
2008	3197
2009	3708
2010	4539
2011	5056

Sumber: Badan Pusat Statistik BPS, tahun 2008-2011

Data BPS (Badan Pusat Statistik) dari tahun 2008 sd 2011, ditemukan 5056 kasus meninggal karena AIDS secara nasional. Jumlah ini merupakan jumlah kumulatif dari tahun ke tahun. Dengan pertambahan tiap tahunnya dapat dilihat Tabel 2.1, dengan gap terbesar antara tahun 2009 ke 2010 yaitu sebesar 831 kasus meninggal. Sedangkan bila dilihat kasus meninggal pada provinsi di Indonesia, menurut BPS tahun 2012 didapatkan adanya 4 Provinsi di Indonesia dengan kasus meninggal terbanyak. Gambar di bawah ini menunjukkan data kasus meninggal disebabkan AIDS dari tahun 2008-2011 pada 4 provinsi dengan kasus meninggal terbanyak yaitu: Jawa Timur, Jawa Barat, Papua dan DKI Jakarta.



sumber: Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2008-2011

Gambar 2.1 Empat Provinsi di Indonesia dengan kasus meninggal terbanyak

PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS

Dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2010, salah satu indikator yang digunakan untuk memantau pencapaian target dan dapat dikumpulkan adalah prevalensi penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Tabel 2.2 berikut menunjukkan pengetahuan penduduk terkait HIV/AIDS dalam Riskesdas tahun 2010.

Tabel 2.2 Prevalensi penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar HIV/AIDS menurut provinsi

Provinsi	Laki-laki	Perempuan	Laki Laki-Perempuan
NAD	73,1	74,6	73,1
Sumatera Utara	70,2	71,1	70,2
Sumatera Barat	72,0	77,0	72,0
Riau	77,1	72,8	77,1
Jambi	64,5	64,1	64,5
Sumatera Selatan	60,1	62,3	60,1
Bengkulu	66,5	66,6	66,5
Lampung	67,5	67,7	67,5
Bangka Belitung	73,6	74,1	73,6
Kepulauan Riau	89,7	86,0	89,7
DKI Jakarta	90,5	89,4	90,5
Jawa Barat	77,1	75,8	77,1
Jawa Tengah	82,1	81,7	82,1
DI Yogyakarta	94,3	93,1	94,3
Jawa Timur	79,0	77,7	79,0
Banten	68,7	67,5	68,7
Bali	95,3	90,0	95,3
Nusa Tenggara Barat	81,7	77,1	81,7
Nusa Tenggara Timur	58,8	62,5	58,8
Kalimantan Barat	57,3	63,4	57,3
Kalimantan Tengah	67,2	62,4	67,2
Kalimantan Selatan	76,8	76,4	76,8
Kalimantan Timur	63,2	69,3	63,2
Sulawesi Utara	81,2	83,4	81,2
Sulawesi Tengah	66,4	63,1	66,4
Sulawesi Selatan	71,8	72,5	71,8
Sulawesi Tenggara	55,6	61,1	55,6
Gorontalo	41,1	46,6	41,1
Sulawesi Barat	53,6	48,7	53,6
Maluku	69,5	71,6	69,5
Maluku Utara	66,6	56,4	66,6

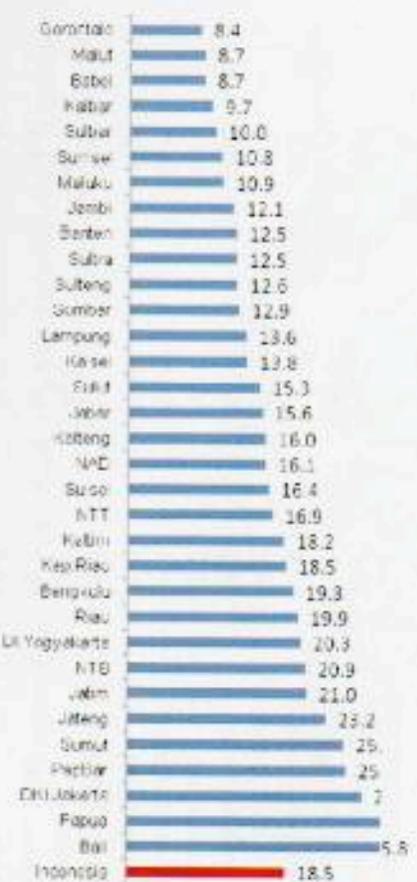
Provinsi	Laki-laki	Perempuan	Laki-Laki-Perempuan
Papua Barat	78,6	75,9	78,6
Papua	81,0	76,2	81,0
Indonesia	75,4	74,8	75,4

Sumber: Riskesdas (2010)

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan kepada penduduk baik laki-laki maupun perempuan, dan ditanyakan melalui wawancara individu. Kepada responden terpilih ditanyakan apakah pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Hasil wawancara terkait pengetahuan HIV/AIDS dalam Riskesdas 2010 adalah 75 persen perempuan maupun laki-laki umur 15-24 pernah mendengar tentang HIV/AIDS, jika dibandingkan data Riskesdas tahun 2007, terjadi peningkatan pengetahuan pada perempuan sebesar 12 persen dan pada laki-laki sebesar 11 persen dibanding tahun 2007.

Untuk mengetahui persepsi penduduk tentang HIV/AIDS, dalam Riskesdas tahun 2010 ditanyakan pengetahuan komprehensif. Pengetahuan komprehensif terkait HIV/AIDS yang dimaksud merupakan komposit dari variabel, 2 variabel merupakan persepsi yang salah tentang penularan HIV/AIDS yaitu: HIV/AIDS dapat ditularkan melalui makan sepiring dengan orang yang terkena virus HIV/AIDS; dan melalui gigitan nyamuk. Sedangkan 2 variabel lainnya adalah tentang cara pencegahan HIV/AIDS

Tabel 2.3 Prevalensi Penduduk 15-24 tahun dengan Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS menurut Provinsi



Sumber: Riskesdas (2010)

yang benar, yaitu HIV/AIDS dapat dicegah melalui berhubungan seksual dengan satu pasangan saja dan menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

Tabel 2.3 menunjukkan 10 provinsi dengan pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS di atas nilai rata-rata yaitu provinsi Bali, Papua, DKI Jakarta, Papua Barat, Sumatra Utara, Jawa Tengah, Jawa Timur, NTB, DI Yogyakarta, Riau, dan Bengkulu.

Penduduk yang sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS, 13,9% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 49,3% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Tiga provinsi yang penduduknya paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Maluku Utara (28,4%), Sulawesi Barat (29,3%) dan Nusa Tenggara Timur (30,2%). Dari yang pernah mendengar, yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS terendah adalah di Jawa Barat (6,2%), disusul Jawa Timur (6,6%) dan Banten (6,9%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Sulawesi Barat (29,0%), disusul Lampung (37,8%) dan Sulawesi Selatan (38,9%).

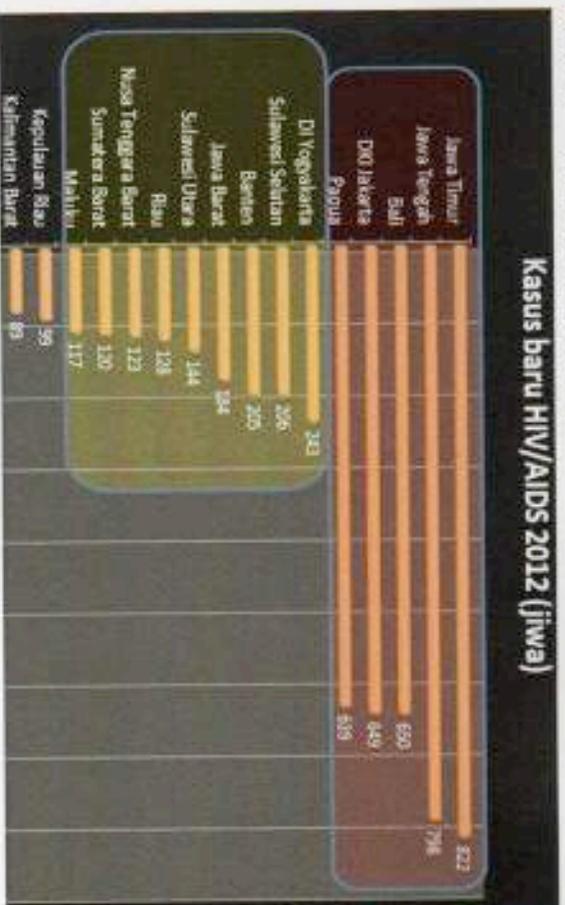
PENYEBARAN HIV/AIDS DI INDONESIA

Berbagai kebijakan telah ditetapkan oleh pemerintah Indonesia, antara lain pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sejak tahun 1993 dan penetapan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS tahun 2003-2007. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS ini dimaksudkan sebagai pedoman bagi semua sektor pemerintah, pemerintah daerah, LSM, tetapi jumlah penderita HIV/AIDS dari tahun ke tahun tetap meningkat.

Meningkatnya kasus HIV dari tahun ke tahun perlu mendapat perhatian serius dari pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah. Tabel 2.4 menunjukkan kasus baru HIV pada tahun 2012.

Menurut data dari BPS, terdapat lima provinsi yang memiliki kasus baru tertinggi di Indonesia pada tahun 2012, yaitu provinsi Jawa Timur sebanyak 822 kasus, kemudian provinsi Jawa Tengah dengan 798 kasus, provinsi Bali ada 650 kasus, DKI Jakarta 619 kasus dan Papua sebanyak 639 kasus. Apabila jumlah kasus tersebut (kasus HIV baru) dibandingkan dengan penduduk yang ada di masing-masing provinsi, maka provinsi Papua merupakan provinsi dengan tingkat penyebaran HIV/AIDS tertinggi dibandingkan dengan provinsi lain.

Tabel 2.4 Kasus HIV baru pada provinsi di Indonesia



Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS), tahun (2012)

PEMBAHASAN

Semakin tingginya kasus HIV di berbagai daerah di Indonesia tidak terlepas dari kurangnya informasi yang benar terkait seks yang aman serta penularan HIV. Padahal informasi yang tidak benar tentang HIV dapat berdampak terhadap semakin meningkatnya kasus HIV. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian terhadap pelanggan dan pekerja seks *high class* di Surabaya yang dilakukan oleh Budisuari dan Pranata pada tahun 2013. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pelanggan dan pekerja seks terkait seks yang aman dan HIV masih belum memadai. Baik pelanggan maupun pekerja seks menyatakan lebih menyukai berhubungan seks tanpa kondom, padahal perilaku tersebut berisiko terhadap penyebaran HIV kepada keluarga, terutama istri dan anak-anak. Perilaku berisiko tersebut seharusnya dapat diminimalisir apabila pelanggan dan pekerja seks tahu informasi yang benar terkait seks aman dan HIV. Peran masyarakat dan keluarga dalam memberikan informasi yang benar dapat dilakukan sehingga pelanggan dan pekerja seks mendapatkan informasi yang benar dan dapat berdampak terhadap perilaku mereka. Penyebab lain adalah karena perputihan pekerja seks dari Jawa yang kemungkinan sudah mengidap HIV ke berbagai daerah lainnya.

Tingginya kasus HIV juga terjadi di beberapa daerah lainnya, seperti Riau, Batam dan sekitarnya. Tetapi dalam hal kesadaran masyarakat untuk memeriksakan status HIV, masyarakat Papua memiliki kesadaran yang lebih tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pranata dan Budisuari tentang eliminasi lokalisasi di Kota Surabaya. Salah satu dampak penutupan lokalisasi di Surabaya adalah banyak pekerja seks yang awalnya bekerja di Surabaya, dengan adanya penutupan lokalisasi akhirnya memilih untuk bekerja di daerah lain, dengan profesi yang sama.

Kurangnya informasi terkait HIV juga didukung oleh Riskesdas (2010), yang menyatakan bahwa secara nasional terdapat 18,5% prevalensi penduduk 15-24 tahun memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS, sedangkan di Jawa Timur hanya 21% saja. Hal ini menunjukkan bahwa informasi yang benar terkait HIV/AIDS masih belum merata di Jawa Timur bahkan di Indonesia. Hal ini dapat mengakibatkan semakin meningkatnya kasus HIV dari tahun ke tahun. Hal ini terbukti dari data P2PL tahun 2014 yang menunjukkan jumlah kumulatif HIV/AIDS 1 April 1987 sampai dengan 30 September 2014, yaitu jumlah HIV Total 150.296. Semakin meningkatnya kasus baru HIV disebabkan oleh kurangnya informasi yang benar dalam hal HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan data Riskesdas tahun 2007 yaitu rerata di Jawa timur, responden diatas 10 tahun yang memilih untuk merahasiakan apabila mengetahui ODHA hanya 33,3%, sedangkan yang lainnya memilih untuk mengucilkan ODHA.

Sikap mengucilkan atau diskriminasi dari masyarakat akan menyebabkan kasus HIV semakin meningkat, karena orang yang mengetahui bahwa dirinya berisiko mengidap HIV/AIDS akan enggan memeriksakan status HIV nya, karena takut dikucilkan. Mereka memilih untuk diam saja, tetapi dengan demikian kemungkinan penularan akan terjadi lebih meluas lagi. Informasi yang benar dan berkaitan dengan HIV perlu dilakukan dengan lebih serius sehingga informasi atau pesan yang ingin disampaikan dapat dipahami dengan baik oleh masyarakat.

Menurut Effendy dalam Dica Aditya Paramitha (2014), proses penyampaian suatu pesan dilakukan dengan menggunakan lambang-lambang dan bahasa oleh seseorang kepada orang lain. Tujuannya adalah untuk memberi tahu atau untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku baik secara langsung atau melalui media. Tugas bagi pemerintah untuk menyampaikan pesan atau informasi HIV/AIDS yang benar dan dikemas secara menarik agar masyarakat paham tentang risiko HIV/AIDS. Masih kurangnya informasi yang benar tentang HIV/AIDS sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Budisuari (2013) yaitu informasi dan pengetahuan mengenai infeksi penyakit menular (IMS) dan HIV/AIDS merupakan hal

penting untuk dielaborasi karena pada titik inilah penularan dan penyebaran penyakit tersebut bermula. Berdasarkan data yang dikumpulkan dengan wawancara mendalam, upaya yang selama ini dilakukan oleh pemerintah, khususnya pihak Kementerian Kesehatan beserta jajarannya masih belum optimal. Sulitnya mendapatkan informasi dari sumber yang benar dapat menambah risiko penularan IMS dan HIV/AIDS menjadi semakin luas. Berdasarkan data penelitian tersebut, sebagian besar responden memang telah memiliki informasi tentang Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS, namun hanya sebatas tahu saja, bahkan ada responden yang menyatakan bahwa HIV merupakan kelanjutan dari GO dan sypilis, virus yang mematikan karena merusak sistem kekebalan tubuh. Menurut data Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, pemicu penularan HIV/AIDS terbesar sampai saat ini adalah hubungan seksual yang berisiko sedang penyebab lainnya adalah berhubungan seksual sesama jenis serta melalui pemakaian jarum suntik secara bergantian.

Pentingnya peran masyarakat dan keluarga untuk memberikan informasi yang benar terkait HIV/AIDS sangat diperlukan, hal ini didukung dengan data Risesedex tahun 2007, yaitu 76, 9% masyarakat di Jawa Timur akan mendiskusikan dengan membicarakan dengan anggota rumah tangga apabila ada keluarga yang terindikasi tertular HIV. Demikian juga sebagian besar masyarakat yang menyatakan sebaliknya ODHA melakukan konseling dan pengobatan HIV/AIDS. Penyebaran HIV/AIDS lebih berkaitan dengan perilaku seseorang, hal ini menyebabkan penyebarannya HIV/AIDS tidak dapat dikendalikan seratus persen. Oleh sebab itu, bukan tidak mungkin beberapa wilayah yang tadinya hanya sedikit terdeteksi kasus HIV/AIDS dalam waktu singkat akan mengalami peningkatan yang tajam. Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan hasil dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia dapat terikat dari tiga aspek yaitu aspek fisik, psikis dan sosial. Secara lebih terperinci perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, sikap, keinginan, ketendak, minat dan motivasi. Sejalan dengan hasil penelitian Laksono dan Wulandari (2011) yang menyatakan bahwa kecenderungan data pada Komisi Penanggulangan AIDS Nasional diprediksi pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus menjadi 924. 000 kasus dengan prevalensi 0, 49 persen. Angka ini melonjak tajam menjadi 2. 117. 000 kasus pada tahun 2025 dengan prevalensi 1, 0 persen.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS seharusnya dilakukan bersama-sama dengan pemerintah pusat dan masyarakat, yaitu dengan meningkatkan peran serta masyarakat, pemberian informasi yang benar terkait pencegahan HIV/AIDS, dan sikap tidak mengucilkan atau diskriminasi terhadap ODHA akan dapat mencegah penularan HIV yang dari tahun ke tahun semakin meningkat. Hal ini sejalan dengan Sistem Kesehatan Nasional yang dituangkan dalam subsistem pemberdayaan masyarakat yaitu pentingnya pemberdayaan masyarakat dalam mengoptimalkan fungsi SKN. Peran pemberdayaan masyarakat sangat penting karena mampu berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.

KESIMPULAN

Pemerintah dan pihak lain yang terkait telah melakukan penyebaran informasi mengenai risiko kesehatan dari PMS, termasuk juga cara pencegahan dan pengobatannya. Tetapi upaya edukasi dan promosi yang dilakukan tersebut dinilai belum lengkap dan merata, baik menyangkut materi, kelompok sasaran dan lokasi penyebarannya. Oleh sebab itu pemerintah bersama masyarakat seharusnya melakukan perluasan informasi HIV/AIDS dengan benar. Dengan meningkatkan pemberdayaan masyarakat, maka informasi akan tersebar dengan merata, baik materi maupun kelompok sasaran.

1. Upaya pencegahan penularan HIV masih belum optimal.
2. Belum semua penderita HIV/AIDS berani terbuka tentang status mereka, hal ini karena masih ada stigma dan diskriminasi terhadap Orang dengan HIV (ODHA).

SARAN

Pemerintah seharusnya meningkatkan peran serta masyarakat dalam hal melakukan penyebar luasan informasi HIV/AIDS yang benar. Dengan melibatkan masyarakat, maka informasi akan tersebar dengan merata, baik dari segi materi maupun kelompok sasaran.

Sebaiknya akses terhadap tes dan konseling HIV dapat dijangkau dengan mudah dan murah.

Perlu informasi yang berkaitan dengan ODHA agar dapat mengurangi stigma dan diskriminasi, perlu adanya kebijakan dari pemerintah tentang sanksi bagi masyarakat yang masih melakukan diskriminasi terhadap ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2012. *Laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik..
- Badan Litbangkes. 2010. *Laporan Riset Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Jakarta: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan.
- Badan Litbangkes. 2007. *Laporan Riset Nasional riset Kesehatan dasar Tahun 2007*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan. 2012. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Budisuari dan Setia, P. 2013. *Laporan Penelitian Persepsi Pekerja Seks Dan Pelanggan Terhadap Risiko Penularan HIV/AIDS (Studi Atas Pekerja Seks Dan Pelanggannya Di Surabaya)*.
- Dijien PPM & PL Depkes RI s/d September 2014
- Laksono, D. A. dan Wulandari, R. D. 2011 *Analisis Potensi Penyebaran Informasi Kesehatan Melalui Jejaring Sosial (Studi kasus pada Forum jejaring Peduli AID'S)*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, vol. 14 no. 4. Surabaya: Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.
- <https://indocropcircles.wordpress.com/2013/12/01/angka-penderita-aids-di-indonesia-terus-naik>
- <https://m.kemgo.go/read/news/2011/11/30/180369245/jumlah-penderita-hiv-aids-di-jawa-timur-bertinggi30> Nov 2011
- <http://image.slidesharecdn.com/150629monevmdgsulhar-150701074950-1val-app6891/95/capaian-mdgs-tahun-2015-13-638.jpg?cb=1435737023>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..
- <http://www.liputan6.com/tag/hiv/aids>
- Pranata, S., dan Budisuari. 2014. *Laporan Penelitian Studi Kasus Eliminasi Lakasiasi Di Surabaya*. Penerbit Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, Badanlitbangkes Kementerian Kesehatan RI

3

Pendekatan Perubahan Perilaku Melalui Pemberdayaan Masyarakat

Ninieck Lely Pratiwi, Made Asri Budisuari

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup masyarakat yang tinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya masyarakat, hal ini sesuai juga dengan amanat Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.

Sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang harus dicapai tahun 2014-2015 dan target-target *Millennium Development Goals (MDGs)* sebagai acuan, berbagai hal yang telah dicapai tersebut kiranya masih memerlukan peningkatan yang luar biasa. Angka Kematian Ibu melahirkan (AKI) telah menurun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004, menjadi 228 per100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Sementara itu, sasaran strategis Kementerian Kesehatan adalah 118 per 100.000 kelahiran hidup dan target MDGs adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2004, menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007).

Tantangan terbesar bahwa sasaran strategis Kementerian Kesehatan adalah 24 per 1.000 kelahiran hidup dan target MDGs adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup. Secara umum telah terjadi penurunan angka kesakitan, namun beberapa penyakit menular terutama HIV dan AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan yang cukup besar. Cakupan *Universal Child Immunization (UCI)* yang belum tercapai akan dapat berdampak pada rawannya bayi terhadap serangan berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan beberapa

penyakit menular lain seperti Filariasis, Kusta, dan Frambusia menunjukkan kecenderungan meningkat kembali, dan penyakit Pes masih terdapat di sejumlah daerah. Sementara itu, prevalensi penyakit tidak menular seperti Penyakit Kardiovaskular, Hipertensi, Diabetes mellitus, dan Obesitas cenderung meningkat dan menunjukkan potensi yang semakin besar sebagai penyebab kematian (Risikedas, 2007). Keadaan ini mengakibatkan adanya beban ganda dalam penanggulangan penyakit di Indonesia. Beberapa hal juga telah dicapai dalam rangka perbaikan gizi masyarakat, namun pemberian ASI eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan justru mengalami penurunan. Status gizi ibu hamil, bayi dan anak balita juga masih perlu ditingkatkan, karena masih tingginya bayi yang lahir dengan berat lahir rendah (LL, 1%) dan tingginya prevalensi anak balita kerdil (35,7%) akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu lama (Pratiwi NL, Basuki H, 2014).

Derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal tersebut di atas pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, dan genetika. Kalangan ilmuwan umumnya berpendapat bahwa determinan utama dari derajat kesehatan masyarakat tersebut, selain kondisi lingkungan, adalah perilaku masyarakat. Dari hasil Risikedas 2007 memang diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%. Oleh sebab itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 mencantumkan target 70% rumah tangga sudah mempraktikkan PHBS pada tahun 2014. Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS memang merupakan salah satu indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan (Pratiwi NL, Basuki H, 2014).

Upaya Promosi dalam Pemberdayaan Masyarakat

Ada beberapa hal yang memengaruhi perilaku seseorang, sebagian terletak di dalam individu sendiri yang disebut faktor intern dan sebagian terletak di luar dirinya yang disebut faktor ekstern, yaitu faktor lingkungan. Tindakan nyata ditentukan tidak hanya oleh sikap, akan tetapi oleh berbagai faktor eksternal lainnya. Sikap tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang memperhatikan tindakan yang bertanggung dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Sarwono 1993). Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang

bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku

Informasi merupakan hal yang utama dalam promosi kesehatan, karena semua promosi kesehatan berupa informasi. Informasi merupakan salah satu sumber utama dari *knowledge* (pengetahuan) yang menjadi salah satu strategi dalam perubahan perilaku pada poin fasilitasi (penyediaan sarana dan prasarana). Dalam strategi mengubah perilaku melalui poin persuasi, informasi dapat diperoleh melalui diskusi yang menjadi salah satu media promosi kesehatan. Dalam strategi poin, paksan juga berhubungan dengan promosi kesehatan lewat informasi, karena melalui promosi kesehatan tersebut masyarakat/seseorang dapat mengetahui ancaman berupa penyakit yang ditimbulkan jika tidak melaksanakan perilaku hidup sehat. Strategi perubahan perilaku pada poin edukasi, informasi merupakan satu hal pada edukasi. Jadi promosi kesehatan memberikan informasi tentang perilaku hidup sehat yang mampu menjadi strategi dalam mengubah perilaku.

Contoh Perubahan Perilaku sebagai Dampak Adanya Promosi Kesehatan

- Perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan HIV/AIDS
Para pengidap HIV-AIDS didampingi dan diajarkan untuk memelihara kesehatan dengan mengonsumsi obat dan vaksin, meninggalkan perilaku yang dapat menghantarkan pada penularan penyakit tersebut kepada orang lain serta memberdayakan kemampuan yang mereka miliki untuk menghilangkan stigma di tengah masyarakat.
- Perubahan perilaku masyarakat dalam penanganan lingkungan bersih dan sehat

Perilaku cuci tangan pakai sabun telah terbukti secara ilmiah dapat mengurangi angka kematian balita yang disebabkan oleh diare. Namun faktanya, masyarakat belum menyadari pentingnya penerapan praktik cuci tangan pakai sabun dalam kehidupannya sehari-hari. Pesan tentang cuci tangan pakai sabun pun mulai semarak digalakan sebagai alat untuk mengubah pencapaian kemandirian kesehatan, yang merupakan salah satu unsur pentingnya adalah pemberdayaan masyarakat. Perubahan perilaku pada 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.

Batasan pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan sehingga secara bertahap tujuan pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat, menimbulkan kemauan yang merupakan keenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka, dan menumbuhkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat (Sitanggang, 2012). Pemberdayaan masyarakat ialah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2007).

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan potensi masyarakat agar mampu meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik bagi seluruh warga masyarakat melalui kegiatan-kegiatan swadaya. Untuk mencapai tujuan ini, faktor peningkatan kualitas SDM melalui pendidikan formal dan non formal perlu mendapat prioritas. Memberdayakan masyarakat bertujuan "mendidik masyarakat agar mampu mendidik diri mereka sendiri" atau "membantu masyarakat agar mampu membantu diri mereka sendiri". Tujuan yang akan dicapai melalui usaha pemberdayaan masyarakat, adalah masyarakat yang mandiri, berswadaya, mampu mengadopsi inovasi, dan memiliki pola pikir yang kosmopolitan. United Nations (1956: 83-92), mengemukakan proses-proses pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut.

1. *Getting to know the local community*
Mengetahui karakteristik masyarakat setempat (lokal) yang akan diberdayakan, termasuk perbedaan karakteristik yang membedakan masyarakat desa yang satu dengan yang lainnya. Mengetahui artinya untuk memberdayakan masyarakat diperlukan hubungan timbal balik antara petugas dengan masyarakat.
2. *Gathering knowledge about the local community*
Mengumpulkan pengetahuan yang menyangkut informasi mengenai masyarakat setempat. Pengetahuan tersebut merupakan informasi faktual tentang distribusi penduduk menurut umur, seks, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, termasuk pengetahuan tentang nilai, sikap, ritual dan custom, jenis pengelompokan, serta faktor kepemimpinan baik formal maupun informal.
3. *Identifying the local leaders*
Segala usaha pemberdayaan masyarakat akan sia-sia apabila tidak memperoleh dukungan dari pimpinan/tokoh-tokoh masyarakat

setempat. Untuk itu, faktor "the local leaders" harus selalu diperhatikan karena mereka mempunyai pengaruh yang kuat di dalam masyarakat.

4. *Stimulating the community to realize that it has problems*
Di dalam masyarakat yang terkat tertidap adal kebiasaan, sadar atau tidak sadar mereka tidak merasakan bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan. Karena itu, masyarakat perlu penekatan persuasif agar mereka sadar bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan, dan kebutuhan yang perlu dipenuhi.
5. *Helping people to discuss their problem*
Memberdayakan masyarakat bermakna merangsang masyarakat untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahannya dalam suasana kebersamaan.
6. *Helping people to identify their most pressing problems*
Masyarakat perlu diberdayakan agar mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling mecekan. Dan masalah yang paling mecekan ialah yang harus diutamakan pemecahannya.
7. *Fostering self-confidence*
Tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah membangun rasa percaya diri masyarakat. Rasa percaya diri merupakan modal utama masyarakat untuk berswadaya.
8. *Deciding on a program action*
Masyarakat perlu diberdayakan untuk menetapkan suatu program yang akan dilakukan. Program action tersebut perlu ditetapkan menurut skala prioritas, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Tentunya program dengan skala prioritas tinggi lah yang perlu didahulukan pelaksanaannya.
9. *Recognition of strengths and resources*
Memberdayakan masyarakat berarti membuat masyarakat tahu dan mengerti bahwa mereka memiliki kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan permasalahan dan memenuhi kebutuhannya.
10. *Helping people to continue to work on solving their problems*
Pemberdayaan masyarakat adalah suatu kegiatan yang berkesinambungan. Karena itu, masyarakat perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinyu.
11. *Increasing peoples ability for self-help*

Salah satu tujuan pemberdayaan masyarakat adalah tumbuhnya kemandirian masyarakat. Masyarakat yang mandiri adalah masyarakat yang sudah mampu menolong diri sendiri. Untuk itu, perlu selalu ditingkatkan kemampuan masyarakat untuk berswadaya.

Permasalahan Promosi Pemberdayaan Masyarakat

Promosi memberdayakan masyarakat dengan hanya memberikan bantuan uang, bukanlah segalanya. Banyak berbagai proyek Inpres yang keamanannya memberikan bantuan material kepada masyarakat desa justru mematkan swadaya masyarakat, bahkan sebaliknya menjadikan masyarakat menggantungkan diri kepada pemberi bantuan. Pola promosi pemberdayaan dengan hanya memberikan bantuan uang atau bantuan proyek kepada masyarakat desa tidak akan merangsang peran serta masyarakat untuk terlibat di dalam pembangunan.

Pada beberapa kasus tertentu, di dalam konsep pembangunan masyarakat, bantuan material memang diperlukan, akan tetapi yang jauh lebih penting adalah pengembangan swadaya - *self help* - masyarakat untuk membangun diri sendiri. Ciri khas dari suatu kegiatan swadaya adalah adanya sumbangan dalam jumlah besar yang diambil dari sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat baik yang dimiliki individu maupun kelompok di dalam masyarakat.

Dengan kata lain, pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk membuat masyarakat menjadi mandiri, dalam arti memiliki potensi untuk mampu memecahkan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi, dan mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhannya dengan tidak menggantungkan hidup mereka pada bantuan pihak luar, baik pemerintah maupun organisasi non pemerintah, lembaga swadaya masyarakat.

Masyarakat Indonesia yang pada umumnya mempunyai pendidikan sebagian besar tamat sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP), masih memerlukan *technical assistance*. Program ini adalah program pelatihan dengan materi yang merupakan perpaduan teori dan praktik yang diberikan secara khusus melalui pendampingan dari para pakar dalam bidangnya tetapi diberikan, namun bantuan tersebut harus mampu membangkitkan prakarsa masyarakat untuk membangun bukan sebaliknya justru mematkan prakarsa. Keterkaitan dengan ini, kita dituntut mengahrgai hak-hak masyarakat, yaitu *Right of Self-Determination dan Right for Equal Opportunity*. Hak untuk menentukan sendiri untuk memilih apa yang terbaik bagi masyarakat, serta hak untuk memperoleh kesempatan yang sama untuk berkembang sesuai dengan potensi-potensi yang mereka miliki. Dengan kata lain, melalui pemberdayaan masyarakat ini masyarakat diharapkan tahu, mau, dan mampu hidup sehat secara mandiri.

Masyarakat dikatakan mandiri dalam bidang kesehatan apabila mereka mampu mengenali masalah kesehatan dan berbagai faktor yang memengaruhi masalah kesehatan terutama di lingkungan tempat tinggal mereka sendiri. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang penyakit, gizi dan

makanan, perumahan dan sanitasi, serta bahaya merokok dan zat-zat yang menimbulkan gangguan kesehatan, mereka mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dengan menggali potensi-potensi masyarakat setempat, mampu melihat dan melindungi diri mereka dari berbagai ancaman kesehatan dengan melakukan tindakan pencegahan, dan mampu meningkatkan kesehatan secara dinamis dan berkelanjutan melalui berbagai macam kegiatan seperti kelompok kebugaran, olahraga, konsultasi dan sebagainya (Sitanggang Hendra Dhermawan, 2012).

Adapun prinsip pemberdayaan masyarakat adalah menumbuhkembangkan potensi masyarakat, mengembangkan gotong-royong masyarakat, menggali kontribusi masyarakat, menjalin kemitraan, dan desentralisasi. Agar masyarakat mampu melakukan semua itu, maka masyarakat harus punya *knowledge* yang cukup, *knowledge* bidang kesehatan paling tidak tentang pengetahuan kesehatan ibu dan anak. Bagaimana menyiapkan putra-putrinya dapat tumbuh sehat, normal dan keluarga yang bahagia sejahtera.

Partispasi masyarakat sangat vital, dalam pemberdayaan masyarakat karena masyarakat yang menjadi pemeran utamanya, namun peran petugas kesehatan juga tidak bisa dihilangkan. Petugas kesehatan memiliki peran penting dalam pemberdayaan masyarakat, yaitu memfasilitasi masyarakat melalui berbagai kegiatan maupun program pemberdayaan masyarakat meliputi pertemuan dan pengorganisasian masyarakat, memberikan motivasi kepada masyarakat untuk bekerja sama dalam melaksanakan kegiatan pemberdayaan agar masyarakat mau berkontribusi terhadap program tersebut, mengalihkan pengetahuan, keterampilan, dan teknologi kepada masyarakat dengan melakukan pelatihan-pelatihan yang bersifat vokasional.

Ciri utama pemberdayaan masyarakat, diantaranya adalah yang pertama, *Community leader*, yaitu petugas kesehatan melakukan pendekatan dan mengajak peran serta kepada tokoh masyarakat, tokoh agama, adat atau pemimpin terlebih dahulu. Mereka sebagai tokoh panutan, tokoh pemersatu. Kedua, *Community organization*, yaitu organisasi seperti PKK, Karang taruna, majlis taklim, dan lainnya merupakan potensi yang dapat dijadikan mitra kerja dalam upaya pemberdayaan masyarakat.

Ciri ketiga, *Community Fund*, yaitu Dana sehat atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang dikembangkan dengan prinsip gotong royong sebagai salah satu prinsip pemberdayaan masyarakat. Keempat, *Community material*, yaitu setiap daerah memiliki potensi tersendiri yang dapat digunakan untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan. Misalnya, desa dekat kali penghasil pasir memiliki potensi untuk melakukan pengerasan jalan untuk memudahkan akses ke Puskesmas.

Kelima, *Community knowledge*, yaitu pemberdayaan bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan berbagai penyuluhan kesehatan yang menggunakan pendekatan *community based health education*. Keenam, *Community technology*, yaitu teknologi sederhana di komunitas dapat digunakan untuk pengembangan program kesehatan misalnya penyaringan air dengan pasir atau arang.

Pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaannya masih merupakan permasalahan yang rumit dan kompleks, karena berhubungan dengan perubahan perilaku masyarakat, di mana dalam perubahan perilaku tersebut berhubungan dengan adat istiadat, sosial, ekonomi, dan faktor lainnya yang ada di masyarakat. Faktor adat istiadat merupakan tantangan terbesar dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, karena memengaruhi kepercayaan dan kebiasaan sehari-hari. Promosi kesehatan di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari 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 (Biki, 2009).

PROMOSI KESEHATAN PENDEKATAN PERUBAHAN PERILAKU

Peningkatan pengetahuan kesehatan yang dilakukan melalui komunikasi, informasi dan edukasi melalui pemberdayaan masyarakat secara berkesinambungan ini diharapkan dapat meningkatkan perilaku sehat pada masyarakat. Batasan upaya promosi pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya untuk memunculkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan sehingga secara bertahap tujuan pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk:

1. Memunculkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat.
2. Menimbulkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka.
3. Menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat.

Suatu masyarakat dikatakan mandiri dalam bidang kesehatan apabila: Mereka mampu mengidentifikasi atau mengenali masalah kesehatan dan berbagai faktor yang memengaruhi masalah kesehatan terutama di lingkungan tempat tinggal mereka sendiri. Pengetahuan tersebut meliputi

pengetahuan tentang penyakit, gizi dan makanan, perumahan dan sanitasi, serta bahaya merokok dan zat-zat yang menimbulkan gangguan kesehatan. Mereka mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dengan menggali berbagai potensi, inovasi masyarakat setempat.

Mampu memelihara dan melindungi diri mereka dari berbagai ancaman kesehatan dengan melakukan tindakan pencegahan.

Mampu meningkatkan kesehatan secara dinamis dan berkelanjutan melalui berbagai macam kegiatan seperti kelompok kebugaran, olahraga, konsultasi dan sebagainya. Meningkatkan kesadaran juga dapat dilakukan melalui jejaring media sosial yang telah berkembang pesat saat ini melalui Whats Up (WA).

Pertanyaan penelitian yang harus dijawab adalah:

Pertanyaan yang harus diajukan dalam pendekatan promosi kesehatan dalam mengubah perilaku adalah:

Pertama, yang harus diingat adalah kelompok sasaran, siapakah masyarakat yang menjadi subyek program? Pengenalan karakter masyarakat ini penting dan dilatibelakangi oleh berbagai bukti bahwa masyarakat bersifat heterogen dan memiliki energi, waktu, motivasi, dan kepentingan yang berbeda-beda. Sebagai contoh, dalam sebuah kasus promosi kesehatan, terdapat lokasi-lokasi tertentu yang tidak memiliki ketua RT, misalnya di perumahan yang penghuninya baru pulang setelah jam 8 malam. Dapat diperkirakan bahwa rencana program penyuluhan secara oral kepada mereka akan sulit dilaksanakan. Dengan demikian, pendekatan lain bisa dilakukan misalnya melalui situs jika mereka mudah mengakses internet, atau menggunakan fasilitas *mobile messaging*.

Pertanyaan kedua berkaitan dengan berbagai faktor apa saja yang sekitarnya dapat memengaruhi pemberdayaan masyarakat. Berdasarkan penelitian Laverack, faktor tersebut antara lain partisipasi, kepemimpinan, analisis masalah, struktur organisasi, mobilisasi sumber daya, *link* (tautan) terhadap yang lain, manajemen program, dan peran dari pihak luar.

Pertanyaan ketiga adalah apakah pemberdayaan masyarakat ini merupakan proses atau merupakan *outcome*. Banyak literatur yang menyebutkan bahwa jawabannya adalah bisa kedua-duanya. Hampir semua bersepakat bahwa pemberdayaan adalah proses yang dinamis dan melibatkan berbagai hal, seperti pemberdayaan personal, pengembangan kelompok kecil yang bersama-sama, organisasi masyarakat, komitmen, serta aksi sosial politik. Sebagai *outcome*, pemberdayaan merupakan perubahan pada individu maupun komunitas yang bersifat saling memengaruhi.

INDIKATOR HASIL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Berdasarkan indikator *Input*, meliputi SDM, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Sedangkan indikator proses, meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.

Output, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat.

Outcome dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat seharusnya menjadi prioritas program dengan sasaran utama dalam promosi kesehatan yang bertujuan untuk memandirikan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan status kesehatannya menjadi lebih baik. Penggunaan prinsip pemberdayaan dimana petugas kesehatan berperan untuk memfasilitasi masyarakat dalam meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuannya untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatannya. Diharapkan dengan upaya inisiasi oleh petugas kesehatan pada masyarakat, ataupun kelompok masyarakat yang ada di wilayah kerjanya akan menimbulkan suatu sikap pada masyarakat bahwa permasalahan kesehatan adalah permasalahan masyarakat. Sehingga secara perlahan timbul kesadaran situasi baru pada masyarakat untuk berperan secara aktif pada kegiatan preventif dan promotif bidang kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak.

Mengacu pada Piagam Ottawa (Ottawa Charter) yang merupakan hasil dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama di Ottawa (Kanada), tiga strategi pokok yang harus dilaksanakan dalam promosi kesehatan adalah (1) advokasi, (2) bina suasana, dan (3) pemberdayaan. Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam bentuk tindakan-tindakan (aksi-aksi) sebagai berikut.

1. Mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (*healthy public policy*), yaitu mengupayakan agar para penentu kebijakan di berbagai sektor di setiap tingkat administrasi menetapkan kebijakan dengan mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportive environment*), yaitu mengupayakan agar setiap sektor dalam melaksanakan kegiatannya mengarah kepada terwujudnya lingkungan sehat (fisik dan nonfisik).

3. Memperkuat gerakan masyarakat (*community action*), yaitu memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
4. Mengembangkan kemampuan individu (*personal skills*), yaitu mengupayakan agar setiap individu masyarakat tahu, mau, dan mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya memelihara, meningkatkan, serta mewujudkan kesehatannya, melalui pemberian informasi, serta pendidikan dan pelatihan yang memadai.
5. Menata kembali arah pelayanan kesehatan (*reorient health services*), yaitu mengubah pola pikir serta sistem pelayanan kesehatan masyarakat agar lebih mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan aspek kuratif dan rehabilitatif.

Di Indonesia, strategi pokok tersebut kemudian diformulasikan kembali ke dalam kalimat (1) gerakan pemberdayaan (G), yang didukung oleh (2) bina suasana (B), dan (3) advokasi (A), serta dilaniasi oleh semangat (4) kemitraan.

Dengan demikian, pemberdayaan adalah strategi pokok dalam rangka mengembangkan kemampuan individu dan memperkuat gerakan masyarakat. Bina suasana adalah strategi pokok dalam rangka menciptakan lingkungan (khususnya nonfisik) yang mendukung. Sedangkan advokasi adalah strategi pokok dalam rangka mengembangkan kebijakan berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan fisik yang mendukung, dan menata kembali arah pelayanan kesehatan. Kesemuanya itu dilaksanakan melalui pengembangan kemitraan. Dengan melaksanakan strategi pokok tersebut secara benar dan terkoordinasi diharapkan akan tercipta PHBS yang berupa kemampuan masyarakat berperilaku mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan.

BIBLIOGRAFI

- Dasuki, Dj. 2001. *Kematian Maternal dan Perinatal: Masalah, Tantangan dan Upaya Pemecahan*, dalam buku *Reorientasi kebijakan*, Pusat Penelitian dan Kerperindudukan universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Biki F. 2009. <http://pemberdayaan.kesehatan.blogspot.com/11/perberdayaan.html>, diunduh oktober 2012.
- Dunham, Arthur. Desember 1956. *Outlook for Community Development Review*. Sitanggang, H D, 2012. *Pentingnya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan* www.kompasiana.com/hendherys, diunduh desember 2012.

Notoatmodjo, S, 2007. *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

Nova Corcoran, 2008. *Theories and Models in Communicating Health Messages*, dalam text book *Communicating Health Strategies For Health Promotion*, SAGE los Angeles, London

Krippendorff, Klaus, 2004. *Content analysis: an introduction to its methodology* I Klaus

Krippendorff, - 2nd ed. p. cm. Printed in the United States of Kluwer Academic Publishers, New York, Boston, London, Moscow.

Pratiwi NL, Basuki H, 2014. *Profil Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia*, dalam buku *Parent Health Seeking Behaviour Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia*. Penerbit Airlangga University Press. ISBN 978-602-7924-66-6, hal. 67-94.

4

Teori Perilaku dan Perilaku Kesehatan

Nimiek Lely Pratiwi

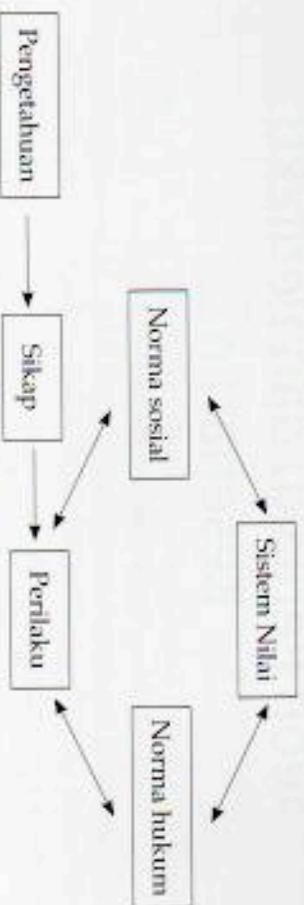
PENDAHULUAN

Perilaku menurut Green 1980 merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan mendorong dan kekuatan penahan. Perilaku adalah aktivitas yang timbul karena stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Menurut Kwick dalam Notoatmodjo 2007, Perilaku adalah tindakan atau perbuatan yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

Perilaku individu berkaitan dengan berbagai faktor pengetahuan dan sikap individu selama proses kehidupannya. Perilaku juga menyangkut dimensi kultural yang berupa sistem nilai dan norma. Sistem nilai adalah acuan tentang berbagai hal yang dianggap baik dan beberapa hal yang dianggap buruk. Norma adalah aturan tidak tertulis yang disebut norma sosial, dan aturan tertulis yang disebut norma hukum. Selain itu, perilaku juga berkaitan dengan dimensi ekonomi, sosial, lingkungan yang merupakan pendukung perilaku. Perilaku seseorang, selain dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikapnya, memiliki acuan kepada sistem nilai dan norma yang dimutunya. Sistem nilai dan norma merupakan beberapa rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma dibuat oleh masyarakat di suatu tatanan untuk diannut oleh beberapa-individu anggota masyarakat tatanan tersebut, inilah yang juga disebut sebagai faktor predisposisi (*predisposing factors*).

Sistem nilai dan norma, sebagai sistem sosial, adalah sesuatu yang dinamis. Artinya, sistem nilai dan norma suatu masyarakat akan berubah mengikuti berbagai perubahan lingkungan dari masyarakat yang bersangkutan. Jadi, antara sistem nilai dan norma di satu pihak dengan individu-individu masyarakat di pihak lain, terdapat hubungan timbal-

baik. Sistem nilai dan norma memengaruhi perilaku individu, perilaku individu yang berubah akan dapat mengubah sistem nilai dan norma. Berikut penjelasan tersebut dapat dilihat pada diagram di bawah ini.



Gambar 4. 1 Berbagai faktor Predisposisi yang Memengaruhi Perilaku

Perlu diupayakan terpeliharanya sistem nilai dan norma yang sesuai dengan kaidah kesehatan, sistem nilai dan norma tersebut. Sedangkan untuk sistem nilai dan norma yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan, perlu dilakukan upaya guna mengubah sistem nilai dan norma tersebut melalui perubahan perilaku individu-individu anggota masyarakat. Beberapa individu anggota masyarakat yang memiliki potensi besar untuk mengubah sistem nilai dan norma adalah mereka yang disebut dengan pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat, baik yang formal maupun yang informal. Pemuka masyarakat formal mencakup Bupati, pejabat kesehatan, dan mereka yang menduduki posisi formal (resmi) dalam organisasinya. Pemuka masyarakat informal adalah mereka yang tidak menduduki posisi formal dalam organisasi, tetapi memiliki pengaruh individual terhadap masyarakat oleh sebab keahlian, pengalaman, keturunan, kharisma, dan lain-lain. Mereka inilah yang berperan sebagai faktor pendorong (*reinforcing factors*) bagi terjadinya perubahan perilaku masyarakat.

Dimensi ekonomi dalam perilaku sangat diperlukan, termasuk tersedianya sarana dan prasarana. Seseorang yang sudah mau berperilaku tertentu tidak pernah mempraktikkan perilaku itu karena tidak adanya kemampuan secara ekonomis atau tidak tersedianya sarana. Misalnya, seseorang yang sudah mau membuang bajat (air besar) di jamban, tidak kunjung melakukan hal itu karena ia tidak mampu membuat jamban pribadi dan di sekitarnya tidak terdapat jamban umum. Seorang ibu yang sudah mau memeriksakan kandungannya secara teratur, tidak juga datang ke Puskesmas karena ia tidak memiliki uang untuk ongkos transport, walaupun untuk periksa di Puskesmas tidak dipungut biaya alias gratis. Faktor akses

merupakan faktor yang mendukung terbentuknya perilaku baru, seperti karena prasarana jalan raya yang masih buruk, maka tidak hanya ongkos transport yang dibutuhkan, melainkan alat transportasi juga diperlukan. Di dekat tempat tinggalnya juga tidak terdapat fasilitas pelayanan kesehatan lain yang dapat membantunya untuk periksa kehamilan secara teratur. Sarana dan prasarana ini sering pula disebut sebagai faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) bagi terjadinya perubahan perilaku masyarakat.

Agar perilaku dari sasaran primer di setiap tanaman dapat tercipta dan berkembang oleh karena itu, diperlukan dukungan perilaku dari sasaran sekunder dan sasaran tersier di setiap tanaman yang bersangkutan. Sasaran sekunder harus berperilaku yang dapat menciptakan suasana kondusif dan lingkungan sosial yang mendorong (*social pressure*) bagi tercipta dan berkembangnya perilaku sasaran primer. Sasaran sekunder juga diharapkan berperilaku sebagai panutan dalam rangka mempraktikkan PHBS. Sedangkan sasaran tersier harus berperilaku memberikan dukungan, baik material maupun non material, bagi tercipta dan berkembangnya perilaku sasaran primer. Dukungan tersebut antara lain dalam bentuk menyalurkan dan membelakalkan kebijakan atau peraturan sebagai acuan dan rambu-rambu bagi pembinaan PHBS di tanaman, dan juga menyediakan sarana-sarana sebagai faktor pendukung seperti misalnya tempat sampah, air bersih, jamban sehat, kantin sehat, perlengkapan kesehatan kerja, dan lain-lain.

Rumah tangga yang ber-PHBS pada tahun 2010 adalah rumah tangga yang melakukan 10 PHBS di rumah tangga yaitu: 1) Persalihan ditolong oleh tenaga kesehatan; 2) Memberi ASI eksklusif; 3) Memambung balita setiap bulat; 4) Menggunakan air bersih; 5) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun; 6) Menggunakan jamban sehat; 7) Memberantas jentik nyamuk sekali seminggu; 8) Makan buah dan sayur setiap hari; 9) Melakukan aktivitas fisik setiap hari; 10) Tidak merokok dalam rumah.

BATASAN PERILAKU DAN PERUBAHAN PERILAKU

Berdasarkan pendekatan biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme/makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu senantiasa berperilaku, mempunyai kebiasaan karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Jadi yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya.

Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Seorang ahli psikologi Skinner (1938) dalam tulisan Bki, 2009 merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, terjadi melalui proses pembelajaran (*learning process*), maka teori Skinners ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respons. Perubahan perilaku terjadi dengan cara meningkatkan atau memperbanyak rangsangan (stimulus). Oleh sebab itu, perubahan perilaku materi pembelajaran adalah stimulus. Proses perubahan perilaku menurut teori S-O-R :

- a. Adanya stimulus (rangsangan); Diterima atau ditolak.
- b. Apabila diterima (adanya perhatian, mengerti memahami) stimulus.
- c. Subjek (organisme) mengolah stimulus, dan hasilnya: Kesiediaan untuk bertindak terhadap stimulus (*attitude*). Bertindak (berperilaku) apabila ada dukungan fasilitas (*practise*).

Teori S-O-R Skinners

Teori ini membedakan adanya 2 respons

1. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan beberapa respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta dan sebagainya.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau penguatan tertentu. Penguatan ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Sedangkan bila dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)
Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tersembunyi atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/Kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)
Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practise*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau (*practise*) misal, seorang ibu memeriksa kehamilan atau membawa anaknya ke puskesmas untuk di imunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response*. Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respons atau perilaku dapat diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Proses ter bentuknya perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skinner adalah sebagai berikut.

- a. melakukan identifikasi tentang beberapa hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi beberapa komponen kecil yang membentuk perilaku yang diketendaki. Kemudian beberapa komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c. Menggunakan secara urut beberapa komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk setiap komponen tersebut.
- d. Melakukan pembetulan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang

kedua kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

Sebagai ilustrasi misalnya dikhendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti maka anak tersebut harus diberikan pengetahuan tentang pentingnya menjaga kebersihan gigi dan mulut, kemudian diberikan contoh cara menyikat gigi yang benar dan membiasakan perilaku menyikat gigi menjelang mau tidur antara lain:

- menggosok gigi sebelum tidur,
- memakai sikat gigi dan pasta gigi dengan kandungan fluor,
- mengambil air dan berkumur,
- melaksanakan gosok gigi dengan benar,
- menyimpan sikat gigi dan odol,
- pergi ke kamar tidur.

Anak perlu senantiasa perlu diingatkan agar menjadi suatu kebiasaan menjelang tidur, sehingga kalau dapat diidentifikasi berbagai hadiah (tidak berupa uang) bagi masing-masing komponen perilaku tersebut (komponen 1-6), maka akan dapat dilakukan pembentukan kebiasaan tersebut. Contoh di atas adalah suatu penyederhanaan prosedur pembentukan perilaku melalui *operant conditioning*. Di dalam kenyataannya prosedur itu banyak dan bervariasi sekali dan lebih kompleks dari pada contoh diatas. Teori Skinner ini sangat besar pengaruhnya, terutama di Amerika Serikat. Beberapa konsep *behavior control*, *behavior therapy*, dan *behavior modification* yang dewasa ini berkembang adalah bersumber pada teori ini.

Teori "Dissonance": Festinger

Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (*consensus*).

Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidak seimbangan (*dissonance*).

Kalau akhirnya stimulus tersebut dirangsang positif (menerima) dan melukukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (*consensus*).

Rumus perubahan perilaku menurut Festinger:

Terjadinya perubahan perilaku karena adanya perbedaan elemen kognitif yang seimbang dengan elemen tidak seimbang.

Contoh: Seorang ibu hamil memeriksa kehamilannya terjadi karena ketidak seimbangan antara keuntungan dan kerugian stimulus (anjuran periksa hamil).

Teori Fungsi (Katz: 1960)

Menurut teori ini perilaku mempunyai fungsi:

1. instrumental
2. *defence mechanism*
3. penerima objek dan pemberi arti
4. nilai ekspresif

Perubahan perilaku individu tergantung kebutuhan stimulus yang dapat memberi perubahan perilaku individu adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

Prinsip teori fungsi:

- a. Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subjek)
- b. Perilaku merupakan pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan (bila hujan, panas)
- c. Perilaku sebagai penerima objek dan pemberi arti objek (respons terhadap gejala sosial)
- d. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam menjawab situasi. (marah, serang)

Teori Kurt Lewin "Driving forces": (1970)

Menurut Kurt Lewin, perilaku manusia adalah suatu keadaan seimbang antara driving forces (kekuatan-kekuatan mendorong) dan *restraining forces* (kekuatan-kekuatan menahan). Perilaku dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut. Ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku:

- *Kekuatan mendorong, kekuatan penahan tetap perilaku baru*

Contoh: seseorang yang punya saudara dengan penyakit kusta sebelumnya tidak mau memeriksakan saudaranya karena malu dikira penyakit keturunan, dapat berubah perilakunya untuk memeriksakan saudaranya ke puskesmas karena adanya penyuluhan dari petugas kesehatan terdekat tentang pentingnya deteksi dini kusta.

- *Kekuatan penahan, pendorong tetap perilaku baru*
- Misalnya pada contoh di atas, dengan memberi pengertian bahwa kusta bukan penyakit keturunan, maka kekuatan penahan akan melemah dan terjad perubahan perilaku
- *Kekuatan penahan, pendorong, perubahan perilaku.*
- Misalnya pada contoh di atas dua-duanya dilakukan.

Health Belief Model (Model Kepercayaan Kesehatan)

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 50an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosis. Analisis terhadap berbagai faktor yang memengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. Health Belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial :

1. Kesiapan individu untuk mengubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya mengubah perilaku.
3. Perilaku itu sendiri

Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang memengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang di lawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomender-dasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

Menurut Rosenstock (1974, 1977), model ini dekat dengan Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan konsep bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Secara khusus bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemampuan pengobatan dapat memengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya.

Beberapa aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock:

- a. Ancaman
 - Persepsi tentang kerentanan diri terhadap penyakit (atau kesediaan menerima diagnosis penyakit)
 - Persepsi tentang keparahan penyakit/kondisi kesehatannya
- b. Harapan
 - Persepsi tentang keuntungan suatu tindakan
 - Persepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan tindakan itu
- c. Pencetus tindakan:
 - Media
 - Pengaruh orang lain
 - Hal-hal yang mengingatkan (reminders)
- d. Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin/gender, suku bangsa)
- e. Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu)

Ancaman suatu penyakit dipersyiskan secara berbeda oleh setiap individu. Contoh: kanker. Ada yang takut tertular penyakit itu, tapi ada juga yang menganggap penyakit itu tidak begitu parah, ataupun individu itu merasa tidak akan tertular olehnya karena diantara anggota keluarganya tidak ada riwayat penyakit kanker. Keputusan untuk mengambil tindakan/ upaya penanggulangan atau pencegahan penyakit itu tergantung dari persepsi individu tentang keuntungan dari tindakan tersebut besarnya/kecilnya hambatan untuk melaksanakan tindakan itu serta pandangan individu tentang kemampuan diri sendiri. Persepsi tentang ancaman penyakit dan upaya penanggulangannya dipengaruhi oleh latar belakang sosio-demografi si individu. Untuk menguatkan keputusan bertindak, diperlakukan faktor pencetus (berita dari media, ajakan orang yang dikenal atau ada yang mengingatkan). Jika faktor pencetus itu cukup kuat dan individu merasa siap, barulah individu itu benar-benar melaksanakan tindakan yang dianjurkan guna menanggulangi atau mencegah penyakit tersebut.

Model Komunikasi - Persuasi

Pada dasarnya model komunikasi persuasi adalah pesan yang komunikatif melalui beberapa pendekatan-pendekatan, yakni:

- a. Pendekatan tradisional: sumber, pesan, dan penerima
 - b. Pendekatan teori kognitif
- stimulus menghasilkan respon kognitif yang terdiri dari hal yang penting

- dan relevan. Stimulus juga di pengaruhi oleh argumentasi (pendapat). Sehingga menghasilkan perubahan perilaku.
- c. Pendekatan belajar pesan: perhatian, pemahaman, penerimaan dan retensi

Teori Lawrence Green

Perilaku manusia (*human behavior*) merupakan reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks. Perilaku manusia merupakan hasil dari berbagai macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Menurut teori Green *et al.* (1999), kesehatan individu dan masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku dan faktor-faktor diluar perilaku (non-perilaku). Selanjutnya faktor perilaku ini ditentukan oleh tiga kelompok faktor meliputi: perilaku seseorang berhubungan faktor predisposisi, faktor pemungkinan dan faktor penguat. Oleh sebab itu, akan diuraikan hal-hal yang berkaitan dengan perilaku serta hal-hal yang berhubungan perilaku, adalah:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*). Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seorang atau kelompok untuk bertindak. Sedangkan secara umum faktor predisposisi ialah sebagai preferensi pribadi yang di bawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Hal ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat dalam setiap kasus, faktor ini mempunyai pengaruh. Faktor demografis seperti status sosial-ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga saat ini juga penting sebagai faktor predisposisi.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*). Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia klinik atau sumber daya yang serupa itu. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya, biaya, jarak ketersediaan transportasi, waktu dan sebagainya.
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*). Faktor penguat adalah faktor yang menentukan tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis program. Di dalam pendidikan pasien, faktor penguat bisa berasal dari perawat, bidan dan dokter, pasien dan keluarga

Sedangkan beberapa teori tentang perilaku lainnya, antara lain dikemukakan oleh:

1. Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2010).
2. Perilaku merupakan fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu meliputi berbagai variabel seperti motif, nilai-nilai, sifat, kepercayaan, dan sikap yang saling berinteraksi satu sama lain dan kemudian berinteraksi pula dengan faktor-faktor lingkungan dalam menentukan perilaku. Faktor lingkungan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, bahkan kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu (Azwar, 2010).

Sementara pengertian perubahan perilaku menurut Emilia (2008), ditentukan oleh konsep risiko, penentu respon individu untuk mengubah perilaku adalah tingkat beratnya risiko atau penyakit secara umum, bila seseorang mengetahui ada risiko terhadap kesehatan maka secara sadar orang tersebut akan menghindari risiko.

Menurut Judge dan Bono (2001), teori perubahan perilaku *self efficacy* yang menekankan adanya contoh dalam diri seseorang sehingga perilaku seseorang dicontoh oleh masyarakat sekitar hingga menjadikan sebuah budaya masyarakat. Teori perubahan perilaku ini biasa digunakan dalam perubahan perilaku masyarakat khususnya kesehatan dengan memanfaatkan tokoh masyarakat sekitar yang dianggap mempunyai peran penting dan mempunyai suri tauladan khususnya dibidang kesehatan. Pendekatan perubahan perilaku masyarakat didasarkan pada tokoh masyarakat sekitar yang mempunyai pengaruh lebih atau surutauladan dalam perilaku hidup sehat

Teori lain dikemukakan Lohrmann *et al* (2008), dengan teori perubahan perilaku *The Ecology Model of Health Behavior* menekankan pada perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh situasi lingkungan sekitar. Pendekatan perubahan perilaku digunakan pada pendekatan perubahan perilaku yang pesan perubahan perilaku di bawa oleh anak didik untuk merubah perilaku orang tua maupun masyarakat. Informasi/pesan yang diterima di dalam nya studi diharapkan dapat diterima oleh orang tua maupun masyarakat. Informasi/pesan menjadi keyakinan dan persepsi sebuah kebenaran sehingga terjadi perubahan perilaku pada orang tua atau masyarakat

Perilaku seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat

yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Perubahan perilaku ditentukan oleh konsep risiko. Perilaku pemeliharaan kesehatan diklasifikasikan menjadi 3, kelompok yaitu:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), yaitu usaha seseorang untuk memelihara kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sedang sakit.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang saat sakit dan atau kecelakaan untuk berusaha mulai dari *self treatment* sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan, yaitu cara seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak memengaruhi kesehatannya.

Perilaku spesifik yang mendapat perhatian utama dalam kaitannya dengan penularan penyakit adalah perilaku penanganan air, penanganan mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan dengan bersih sebelum digunakan, mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar, mencuci bahan makanan sebelum digunakan dan merebus air minum sebelum diminum, kondisi ini akan memberi peluang bagi agen penyebab diare untuk mengkontaminasi dan memularkan penyakit secara *fecal-oral*.

Masyarakat mengembangkan pengertian sendiri tentang sehat dan sakit sesuai dengan pengalaman hidupnya atau nilai-nilai yang diturunkan oleh generasi sebelumnya, maka pencegahan penyakit diare yang sering dilaporkan terjadi akibat lingkungan yang buruk tergantung persepsi masyarakat tentang diare. Artinya, jika diare dipersepsikan sebagai suatu penyakit tidak serius dan tidak mengancam kehidupannya maka perilaku pencegahan akan penyakit diare pun tidak terlalu serius dilakukan. Sebaliknya, jika mereka mempersepsikan bahwa diare merupakan masalah kesehatan yang perlu diwaspadai, otomatis mereka akan beraksi serius terhadap penyakit ini dengan mengembangkan perilaku-perilaku pencegahan.

Terkait kesehatan masyarakat, banyak penyakit yang dapat dicegah melalui kebiasaan atau perilaku higienis, seperti dengan praktik Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS). Beberapa penyakit seperti diare, tifoid, kecacangan, dan flu burung, dapat dicegah dengan CTPS ini. Juga terkait perilaku buang air

besar sembarangan, perilaku cuci tangan, merupakan sasaran penting dalam promosi kesehatan, dengan adanya beberapa data berikut:

1. Baru 12% masyarakat yang cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar.
2. Hanya 9% ibu-ibu yang mencuci tangan pakai sabun setelah membersihkan tinja bayi dan balita.
3. Hanya sekitar 7% masyarakat yang cuci tangan pakai sabun sebelum memberi makan kepada bayi dan balita.
4. Baru 14% masyarakat cuci tangan pakai sabun sebelum makan.
5. Perilaku cuci tangan yang benar, yaitu pakai sabun dan menggunakan air bersih yang mengalir akan dapat menurunkan kejadian diare sampai 45% (Depkes, 2000).

Teori Snehandu B KAR

Menurut teori ini, perilaku kesehatan merupakan fungsi dari:

1. Behavior intention
2. Social support
3. Accessibility to information
4. Personal autonomy
5. Action situation

$$B = f (BI, SS, AI, PA, AS)$$

Contoh:

Seorang ibu melahirkan di dukun yang belum mengikuti pelatihan asuhan persalinan normal, bukan di tenaga medis terlatih, mungkin dikarenakan :

1. Tidak ada niat melahirkan di bidan (BI)
2. Tidak ada tanggangannya yang melahirkan di bidan (SC)
3. Tidak mendapat informasi persalinan yang sehat (AI)
4. Tidak bebas menentukan, takut mertua (PA)
5. Kondisi jauh dari puskesmas (AS)

Perilaku kesehatan berjalan linier dengan fungsi niat, akses informasi, otonomi pribadi, adanya dukungan sosial dan kondisi yang mendukung saat itu. Seorang provider kesehatan bila memberikan sosialisasi program kesehatan seharusnya memperhatikan hal tersebut.

Teori "Thought and Feeling" (WHO: 1984)

Menurut teori ini perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh:

1. Thoughts and feeling
2. Personal reference
3. Resources
4. Culture

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Contoh:

Seorang ibu habis melahirkan tidak mau menyusui anaknya, karena dia punya keyakinan kalau puyudaranya akan hilang keindahannya bila menyusui (TF), atau karena artis yang diidolakannya tidak menyusui sehingga dia mengikuti (PR), atau karena harus bekerja, tidak ada waktu untuk menyusui (R), atau karena kebudayaan di daerah ibu tersebut lebih keren kalau memberi susu formula daripada ASI, makin mahal harga susu maka status sosial makin naik (C).

TEORI-TEORI PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN

Teori perubahan perilaku kesehatan ini penting dalam promosi kesehatan yang bertujuan "behavior change". Perubahan perilaku ini diarahkan untuk:

1. mengubah perilaku negatif (tidak sehat) menjadi perilaku positif (sesuai dengan nilai-nilai kesehatan)
2. pembentukan atau pengembangan perilaku sehat
3. memelihara perilaku yang sudah positif

Teori-teori yang akan kita bahas adalah: Teori SOR, Festinger, Fungsi, Kurt Lewin

TEORI PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN

Menurut teori ini, penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula (mampu meyakinkan). Karena itu kualitas dari sumber komunikasi sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku, misalnya gaya bicara, kredibilitas pemimpin kelompok, dsb.

DISSONANCE THEORY (FESTINGER: 1957)

Ada suatu keadaan *cognitive dissonance* yang merupakan ketidakseimbangan psikologis, yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Dissonance terjadi karena dalam diri individu terdapat elemen kognisi yang bertentangan, pengetahuan, pendapat atau keyakinan. Apabila terjadi penyesuaian secara kognitif, akan ada perubahan sikap yang berujung perubahan perilaku.

Contoh:

Orang yang merokok merasa resah, dia tahu bahaya merokok tapi merasa bukan laki-laki kalau tidak merokok (*dissonance*). Akhirnya dia memutuskan kalau kejantanan seseorang bukan hanya dari merokok, tapi dari banyak hal. Akhirnya dia memutuskan berhenti merokok (*consonance*).

BENTUK PERUBAHAN PERILAKU

Menurut WHO, perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga:

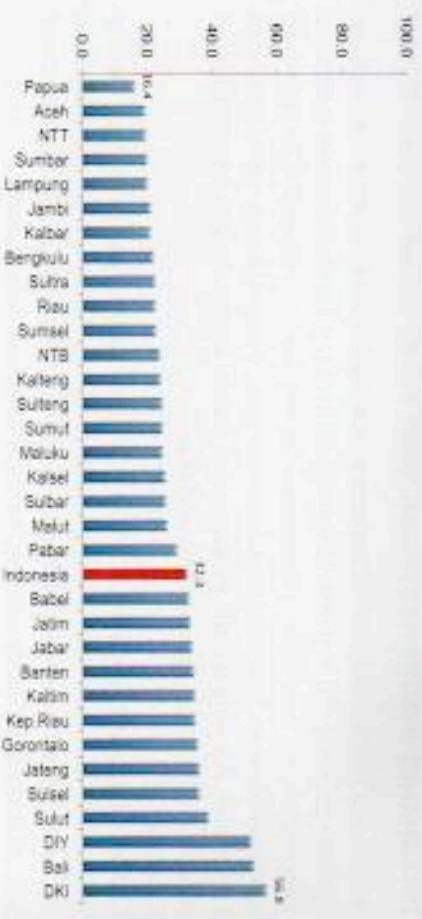
1. *Natural change*: Sebagian perubahan perilaku manusia karena kejadian alamiah
2. *Planned change*: Perubahan perilaku karena memang direncanakan sendiri
3. *Readiness to Change*: Kesiadaan untuk berubah terhadap hal-hal baru.

STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU (WHO)

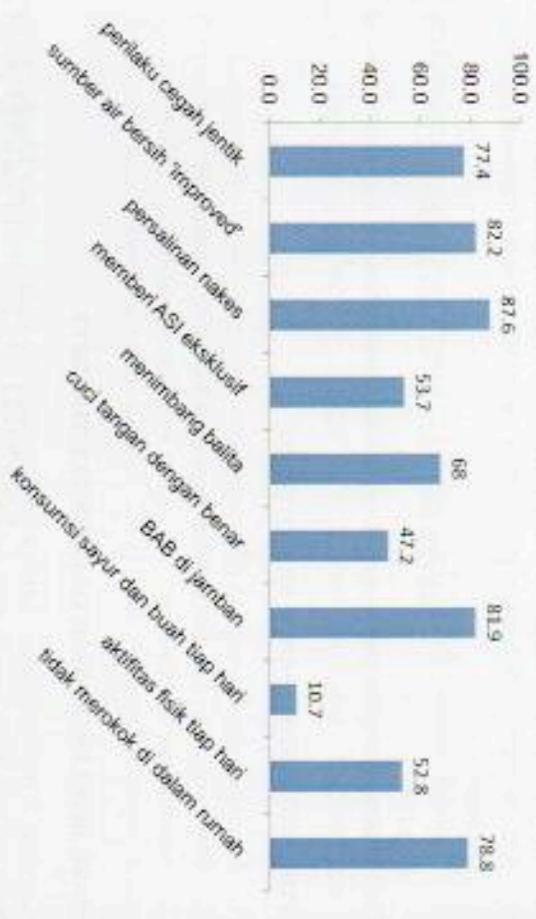
1. Menggunakan kekuatan (*Enforcement*)
2. Menggunakan kekuatan peraturan atau hukum (*Regulation*)
3. Pendidikan (*Education*)

HASIL RISET KESEHATAN DASAR/RISKESDAS 2013

Gambar 1 menunjukkan bahwa secara nasional angka rumah tangga yang berperilaku hidup bersih dan sehat rerata 32,4 persen, yang berarti masih lebih besar prevalensi rumah tangga yang tidak ber-PIHS di Indonesia.



Gambar 4. 1 Proporsi Rumah Tangga Memenuhi Kriteria PHBS menurut Provinsi Tahun 2013

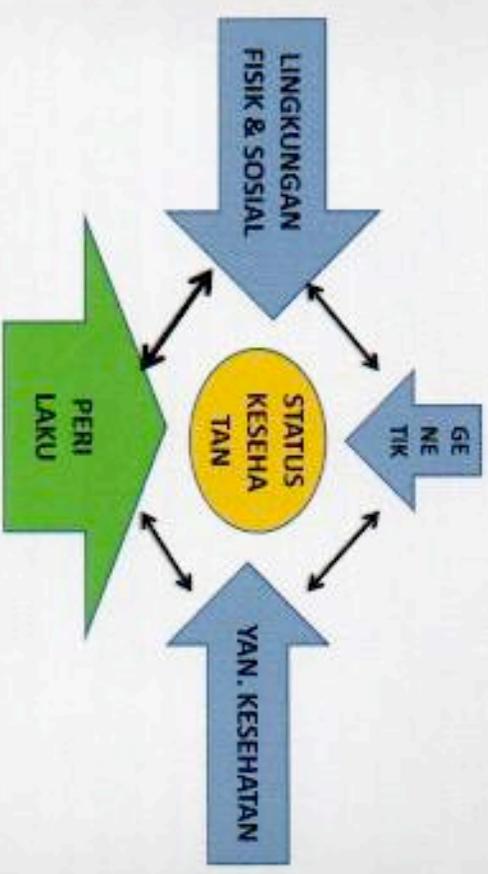


Gambar 4. 2 Proporsi RT yang melakukan PHBS berdasarkan 10 indikator

Gambar 2 menunjukkan bahwa Perilaku konsumsi sayur dan buah masih rendah yaitu hanya 10,7 persen penduduk di Indonesia yang mengonsumsi sayur dan buah dalam kesehatan. Perilaku cuci tangan dengan benar yaitu dengan memakai air bersih dan sabun 47,2 persen. Rumah tangga yang mempunyai anak balita yang memberikan ASI eksklusif sebanyak 53,7 persen.

DERAJAT KESEHATAN

Status derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh empat faktor, faktor lingkungan baik lingkungan fisik, sosial dan budaya, faktor ke dua adalah Perilaku, dan faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetik sesuai teori H.L. Blum, 2000.



Gambar 4. 3 Teori H. L. Blum

Konsep hidup sehat H. L. Blum sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Untuk menciptakan kondisi sehat seperti ini diperlukan suatu keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh. H. L. Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan timbulnya masalah kesehatan.

Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik (keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat. Di antara faktor tersebut faktor perilaku manusia merupakan faktor determinan yang paling besar dan paling sukar ditanggulangi, disusul dengan faktor lingkungan. Hal ini disebabkan karena faktor perilaku yang lebih dominan dibandingkan dengan faktor lingkungan karena lingkungan hidup manusia juga sangat dipengaruhi oleh perilaku masyarakat.

Di zaman yang semakin maju seperti sekarang ini maka cara pandang kita terhadap kesehatan juga mengalami perubahan. Apabila dahulu kita mempergunakan paradigma sakit yakni kesehatan hanya dipandang sebagai upaya menyembuhkan orang yang sakit dimana terjalin hubungan dokter dengan pasien (dokter dan pasien). Namun sekarang konsep yang dipakai adalah paradigma sehat, dimana upaya kesehatan dipandang sebagai suatu tindakan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan individu ataupun masyarakat (SKM dan masyarakat).

Dengan demikian konsep paradigma sehat H. L. Blum memandang pola hidup sehat seseorang secara holistik dan komprehensif. Masyarakat yang sehat tidak dilihat dari sudut pandang tindakan penyembuhan penyakit melainkan upaya yang berkesinambungan dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Peranan Sarjana Kesehatan Masyarakat dalam hal ini memegang kendali dominan dibandingkan peranan dokter. Sebab hubungan dokter dengan pasien hanya sebatas individu dengan individu tidak secara langsung menyentuh masyarakat luas. Ditambah lagi kompetensi dalam management program lebih dikuasai lulusan SKM sehingga dalam perkembangannya SKM menjadi ujung tombak program kesehatan di negara-negara maju. (wincee. wordpress. com/2011/06/20/teori-h-l-blum)

Bagi negara berkembang seperti Indonesia justru, paradigma sakit yang digunakan, dimana kebijakan pemerintah berorientasi pada penyembuhan pasien sehingga terlihat jelas peranan dokter, perawat dan bidan sebagai tenaga medis dan paramedis mendominasi. Padahal upaya semacam itu sudah lama ditinggalkan karena secara financial justru merugikan Negara. Anggaran APBN untuk pendanaan kesehatan di Indonesia semakin tinggi dan sebagian besar digunakan untuk upaya pengobatan seperti pembelian obat, sarana kesehatan dan pembangunan gedung. Seharusnya untuk meningkatkan derajat kesehatan kita harus menaruh perhatian besar pada akar masalahnya dan selanjutnya melakukan upaya pencegahannya. Untuk itulah maka upaya kesehatan harus fokus pada upaya preventif (pencegahan) bukannya *curative* (pengobatan).

Namun yang terjadi anggaran untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui program promosi dan preventif dikurangi secara signifikan. Akhbat yang ditimbulkan adalah banyaknya masyarakat yang kekurangan gizi, biaya obat untuk puskesmas meningkat, pencemaran lingkungan tidak terkendali dan korupsi penggunaan askeskin. Dampak sampingan yang terjadi tersebut dapat timbul karena kebijakan kita yang keliru.

KONSEP BLUM

Semua negara di dunia menggunakan konsep Blum dalam menjaga kesehatan warga negaranya. Pada negara maju saat ini sudah fokus pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, sehingga asupan makanan anak-anak mereka begitu dijaga dari segi gizi sehingga akan melahirkan keturunan yang berbobot. Kondisi yang berseberangan dialami Indonesia sebagai negara agraris, segala regulasi pemerintah tentang kesehatan malah fokus pada penanggulangan kekurangan gizi masyarakatnya. Bahkan dilematisnya banyak masyarakat kota yang mengalami kekurangan gizi. Padahal dari hasil penelitian membuktikan wilayah Indonesia potensial sebagai lahan pangan dan pertanian karena wilayahnya yang luas dengan topografi yang mendukung. Adapaun dengan pemerintah? Satu jawaban yang pasti seringkali dalam analisis kesehatan pemerintah kurang mempertimbangkan pendapat ahli kesehatan masyarakat (*public health*) sehingga kebijakan yang dibuat cuma dari sudut pandang kejadian sehat-sakit.

Dalam konsep Blum ada 4 faktor determinan yang dikaji, masing-masing faktor saling keterkaitan berturut penjelasannya:

1. Perilaku masyarakat

Perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan sangat memegang peranan penting untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Hal ini dikarenakan budaya hidup bersih dan sehat harus dapat dimunculkan dari dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatannya. Diperlukan suatu program untuk menggerakkan masyarakat menuju misi Indonesia Sehat 2010. Sebagai tenaga motorik tersebut adalah orang yang memiliki kompetensi dalam menggerakkan masyarakat dan paham akan nilai kesehatan masyarakat. Masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat akan menghasilkan budaya menjaga lingkungan yang bersih dan sehat.

Pembuatan peraturan tentang berperilaku sehat juga harus dibarengi dengan pembinaan untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat. Sebab, apabila upaya dengan menjatuhkan sanksi hanya bersifat jangka pendek. Pembinaan dapat dimulai dari lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat. Tokoh-tokoh masyarakat sebagai *role model* harus diajak turut serta dalam menyukseskan program-program kesehatan.

2. Lingkungan

Berbicara mengenai lingkungan sering kali kita meninjau dari kondisi fisik. Lingkungan yang memiliki kondisi sanitasi buruk dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit, hal ini jelas membahayakan kesehatan

masyarakat kita. Terjadinya penumpukan sampah yang tidak dapat dikelola dengan baik, polusi udara, air dan tanah juga dapat menjadi penyebab. Upaya menjaga lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak untuk itulah perlu kesadaran semua pihak.

Puskesmas sendiri memiliki program kesehatan lingkungan dimana berperan besar dalam mengukur, mengawasi, dan menjaga kesehatan lingkungan masyarakat. namun dilematnya di puskesmas jumlah tenaga kesehatan lingkungan sangat terbatas padahal banyak penyakit yang berasal dari lingkungan kita seperti diare, demam berdarah, malaria, TBC, cacar dan sebagainya.

Disamping lingkungan fisik juga ada lingkungan sosial yang berperan. Sebagai makhluk sosial kita membutuhkan bantuan orang lain, sehingga interaksi individu satu dengan yang lainnya harus terjalin dengan baik. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah kejiwaan.

3. Pelayanan kesehatan

Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dibidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar perannya. sebab di puskesmaslah akan ditangani masyarakat yang membutuhkan etukasi dan perawatan primer. Peranan Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai manager yang memiliki kompetensi di bidang manajemen kesehatan dibutuhkan dalam menyusun program-program kesehatan. Utamanya program-program pencegahan penyakit yang bersifat preventif sehingga masyarakat tidaka banyak yang jatuh sakit.

Banyak kejadian kematian yang seharusnya dapat dicegah seperti diare, demam berdarah, malaria, dan penyakit degeneratif yang berkembang saat ini seperti jantung koroner, stroke, diabetes melitus dan lainnya. Penyakit itu dapat dengan mudah dicegah asalkan masyarakat paham dan melakukan nasehat dalam menjaga kondisi lingkungan dan kesehatannya.

4. Genetik

Bagaimanaketurunan generasi muda yang berkualitas??? Pertanyaan itu menjadi kuni dalam mengetahui harapan yang akan datang. Nasib

suatu bangsa ditentukan oleh kualitas generasi mudanya, oleh karenanya kita harus terus meningkatkan kualitas generasi muda agar mereka mampu berkompetisi dan memiliki kreatifitas tinggi dalam membangun bangsanya.

Dalam hal ini kita harus memperhatikan status gizi balita sebab pada masa inilah perkembangan otak anak yang menjadi asset kita dimasa mendatang. Namun masih banyak saja anakindonesiayang status gizinya kurang bahkan buruk. Padahal potensi alamindonesiacukup mendukung, oleh sebab itulah program penanggulangan kekurangan gizi dan peningkatan status gizi masyarakat masih tetap diperlukan. Utamanya program Posyandu yang biasanya dilaksanakan di tingkat RT/RW. Dengan berjalannya program ini maka akan terdeteksi secara dini status gizi masyarakat dan cepat dapat tertangani.

Program pemberian makanan tambahan di posyandu masih perlu terus dijalankan, terutamanya daeraha yang miskin dan tingkat pendidikan masyarakatnya rendah. Pengukuran berat badan balita sesuai dengan kms harus rutin dilakukan. Hal ini untuk mendeteksi secara dini status gizi balita. Bukan saja pada gizi kurang kondisi obesitas juga perlu dihindari. Bagaimana kualitas generasi mendatang sangat menentukan kualitas bangas Indonesia mendatang.

DOMAIN PERILAKU

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua.

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultante antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku

manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif, b) afektif, dan c) Psikomotor. Dalam perkembangannya, teori B. Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni sebagai berikut.

1. Pengetahuan/*Knowledge*

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasi dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*)

a. Proses Adopsi Perilaku

Dari Pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (perilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni sebagai berikut

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
3. *Evaluation* (menimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi diri-nya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
4. *Trial* orang telah mulai mencoba perilaku baru,
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Contohnya ibu-ibu menjadi peserta KB, karena diperintahkan oleh lurah atau ketua RT tanpa mengetahui makna dan tujuan KB, maka mereka akan segera keluar dari keikutsertaannya dalam KB setelah beberapa saat perintah tersebut diterima.

b. Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Pratiwi Nl., 2013).

1. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang di-pelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalium dan protein pada anak balita.

2. Memahami/*comprehension*

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3. Aplikasi/*aplication*

Aplikasi sebagai bentuk kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis/synthesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau beberapa rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi/evaluation

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikat KB, dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

2. Sikap/attitude

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut.

"An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object." (Campbell, 1950).

"A mental and natural state of readiness, organized through experience, exerting a directive dynamic influence upon the individual's response to all objects and situation with which it is related" (Allport, 1954).

"Attitude entails an existing predisposition to response to social object which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behaviour of the individual" (Kardno, 1954).

Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat diartikan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial,

menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

a. Proses terbentuknya Sikap dan Reaksi Komponen Pokok Sikap

Beberapa proses terbentuknya Sikap dan Reaksi Komponen Pokok Sikap dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok.

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengar tentang penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena penyakit polio. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat mengimunitasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio.

b. Berbagai Tingkatan Sikap

Sama dengan pengetahuan, berbagai sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan.

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang di berikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaannya atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya: seorang ibu menghargai ibu yang lain (betangganya, saudaranya, dan sebagainya) untuk pergi menumbang anaknya ke posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti adalah si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsibility*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilinya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya: seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Misalnya, bagaimana pendapat anda tentang pelayanan dokter di Rumah Sakti Cipeto? Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian dianyakan kepada responden. Misalnya, apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai untuk kegiatan posyandu? Atau, saya akan menikah apabila saya sudah berumur 25 tahun (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

3. Praktik Atau Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah di capai, agar ibu tersebut mengimunitasikan anaknya. Di samping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain-lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan.

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memilih makanan yang protein tinggi bagi anak baltanya.

2. Respons terpinpin (*guided response*)

Seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik

tingkat dua. Misalnya seseorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

3. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar dengan cara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi dan berdasarkan berbagai bahan yang murah dan sederhana. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupan melalui tiga tahap.

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya dan apa bahaya-bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut. Indikator-indikator apa yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi:

a) pengetahuan tentang sakit dan penyakit meliputi:

- penyebab penyakit
- gejala atau tanda tanda penyakit
- bagaimana cara pengobatan, atau ke mana mencari pengobatan
- bagaimana cara penularannya

- bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi, dan sebagainya.
- b) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:
- jenis-jenis makanan yang bergizi
 - manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatannya
 - pentingnya olahraga bagi kesehatan
 - penyakit-penyakit atau bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba, dan sebagainya
 - pentingnya istirahat cukup, relaksasi, reaksi, dan sebagainya bagi kesehatan, dan sebagainya
- c) pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
- manfaat air bersih
 - cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
 - manfaat percahayaan dan penerangan rumah yang sehat
 - akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya.

2. Sikap

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas, yakni: sikap terhadap sakit dan penyakit.

- a. Sikap terhadap sakit dan penyakit
- Sikap terhadap sakit adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap: gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan sebagainya.
- b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat
- Sikap tentang upaya preventif adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain dengan pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi (istirahat) atau istirahat cukup, dan sebagainya bagi kesehatannya.
- c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan
- Sedangkan sikap pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya

pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi, dan sebagainya.

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

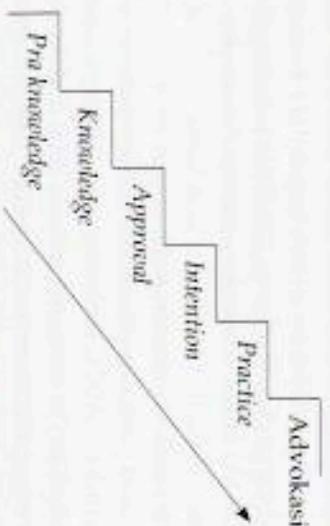
Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (diurai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*). Oleh sebab itu indikator praktik kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut di atas, yakni sebagai berikut:

- a. Tindakan (praktik) hubungan dengan penyakit
- Tindakan atau perilaku ini mencakup: a) pencegahan penyakit, mengimunisasikan anaknya, melakukan pengurasan bak maoni seminggu sekali, menggunakan masker pada waktu bekerja ditempat yang berdebu, dan sebagainya, dan b) penyembuhan penyakit, misalnya: minum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan anjuran-anjuran dokter, berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan sebagainya.
- b. Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain: mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, dan sebagainya.
- c. Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan
- Tindakan atau perilaku ini antara lain mencakup: membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya. Teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikutibberapa tahap yang telah disebutkan diatas, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan/*knowledge*, sikap/*attitude* dan praktik/*practice* atau "KAP" (KSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori di atas (KAP), bahkan didalam praktik sehari-hariterjadisebaliknya. Artinya, seseorangtelah berperilakupositif, meskipunpengetahuandansikapnyamasihnegatif. Metode dan indikator perilaku atau dalam memperoleh data atau informasi tentang indikator perilaku tersebut, untuk pengetahuan, sikap, dan praktik berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap dilakukan melalui wawancara

mendalam, dan *focus group discussion* (FGD) khusus penelitian untuk kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (*observasi*). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden oleh beberapa waktu lalu. Misalnya untuk mengetahui perilaku pemeriksa kehamilan seorang ibu hamil ditanyakan apakah ibu memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan atau dukun bayi.

Pemberdayaan masyarakat dimulai dengan adanya perubahan perilaku baik mulai tahap peningkatan *knowledge*, sikap bahkan sampai pada tindakan baik pada individu maupun pada kelompok masyarakat sebagai suatu komunitas *social*, ataupun komunitas ekonomi dan komunitas lainnya. Bagaimana kaitan perubahan perilaku dengan pemberdayaan pada masyarakat dapat dijelaskan pada gambar dibawah ini.

Pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan proses perubahan perilaku berdasarkan Teori *Perceived Behavioral Change/control* model dapat disimak di gambar 4. 4.



Gambar 4. 4 Pemberdayaan masyarakat menurut teori *Perceived Behavioral Change/control* model

Pemberdayaan masyarakat berawal dari adanya stimulan *knowledge* pada masyarakat dari *pra knowledge* menjadi *knowledge*. Masyarakat yang mempunyai *knowledge* akan mampu mengajukan/*approval* permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat, baik melalui forum resmi maupun nonformal, inilah yang seharusnya pemerintah dapat memfasilitasi proses ini agar terjadi suatu perubahan *mind set* pada masyarakat melalui dialog yang dinamis antara *provider* dan masyarakat. Dengan adanya dialog akan terbuka pada masyarakat tentang tujuan satu program yang akan menguntungkan

atau memberikan manfaat pada masyarakat terutama status kesehatan masyarakat setempat. Oleh karena itu diharapkan akan timbul suatu keinginan/motivasi masyarakat untuk berpartisipasi. Pada tingkatan *intention* ini seseorang ataupun kelompok masyarakat mempunyai "niat" untuk berpartisipasi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat maupun derajat kesehatan perorangan tentunya. Masyarakat yang mempunyai jejaring sosial, kemahiran dan kemandirian akan mampu melakukan suatu advokasi pada *stakeholder* setempat apa yang menjadi kebutuhan kesehatan di daerahnya, menggalang potensi sumber daya di daerahnya.

Aspek Sosio-Psikologi Perilaku Kesehatan

Didalam proses pembentukandan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam individu itu sendiri. Faktor internal tersebut antara lain: susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, dan belajar. Susunan saraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsang yang masuk kerangsang yang di hasilkan. Perpindahan dihasilkan oleh susunan saraf pusat dengan unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan beberapa energi didalam input-impul saraf. Input-impul saraf indra pendengaran, penglihatan, pembauan, pengecapan, dan perubahan disalurkan dari tempat terjadinya rangsangan melalui input-impul saraf kesusunan saraf pusat. Impuls saraf pusat merangsang sel Beta pada otak kanan atau otak kiri tergantung pada jenis rangsangan.

Berbagai perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

Perilaku dapat juga timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani. Sedangkan keadaan jasmani merupakan hasil keturunan (bawaan). Dalam proses pencapaian kedewasaan pada manusia semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan. Oleh karena itu, perilaku yang timbul karena emosi merupakan perilaku bawaan. Belajar diartikan sebagai suatu perubahan perilaku yang dihasilkan praktik-praktik dalam lingkungan kehidupan. Barleson (1964) mengatakan bahwa belajar adalah suatu perubahan perilaku yang di hasilkan dari perilaku terdahulu.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku terbentuk melalui suatu proses tertentu, dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor-faktor yang memegang peranan didalam pembentukan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni faktor intern dan ekstern. Faktor intern berupa kecerdasan, presep, motivasi, minat, emosi, dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Faktor ekstern meliputi: objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya. Kedua faktor tersebut akan dapat terpadu menjadi perilaku yang selaras dengan lingkungannya apabila perilaku yang terbentuk dapat diterima oleh lingkungannya, dan dapat diterima oleh individu yang bersangkutan.

Perilaku sebagai konsepsi, bukanlah hal yang sederhana. Konsep perilaku yang diterima secara luas ialah yang memandang perilaku sebagai variabel pencampur (*intereting variable*), oleh karena ia mewarnai atau memengaruhi responsi subjek terhadap stimulus.

Menurut konsepsi ini, maka perilaku adalah pengorganisasian berbagai proses psikologi oleh seseorang yang memberikan predisposisi untuk melakukan responsi menurut cara tertentu terhadap sesuatu kelas atau golongan objeknya.

Dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya pendidikan kesehatan, mempelajari perilaku adalah sangat penting. Karena pendidikan kesehatan sebagai bagian dari kesehatan masyarakat, berfungsi sebagai media atau sarana untuk menyediakan kondisi sosio-psikologis sedemikian rupa sehingga individu atau masyarakat berperilaku sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat sehingga sesuai dengan norma-norma hidup sehat. Sodhi (1982), menggambarkan hubungan individu dengan lingkungan sosial yang saling memengaruhi.

Setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk memengaruhi beberapa anggota kelompok lain, oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu tersebut terdapat permasalahan kesehatan. Sebagai salah satu contoh dalam program *Safe community* dalam upaya penanggulangan bencana di Indonesia, *Safe community* adalah kondisi aman dan sehat dalam seluruh siklus kehidupan manusia sejak dalam kandungan sampai usia lanjut (Direktorat Bina Kesehatan Komunitas). *Safe community* merupakan suatu gerakan: dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. *Safe community*

secara sistem di mulai tingkat desa, Pustu, Puskesmas sampai pelayanan koduratan di rumah sakit. *Public Safety Center* sebagai ujung tombak *safe community* adalah sarana publik/masyarakat yang merupakan perpaduan dari unsur pelayanan ambulan gawat darurat, unsur pengamanan (kepolisian) dan unsur penyelamatan (misalnya: pemadam kebakaran). PSC merupakan penanganan pertama kegawatdaruratan yang membantu memperbaiki pelayanan pra RS untuk menjamin respons cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan sebelum dirujuk ke rumah sakit yang dituju.

Pemberdayaan masyarakat dalam *safe community* berbasis masyarakat terkait dengan salah satu tujuan yang ingin dicapai dalam Desa siaga, yaitu: Desa dengan sistem kesiapsiagaan adalah masyarakat memiliki kemampuan penanganan kegawatdaruratan sehari-hari, untuk itu diperlukan pelatihan gader awam baik pada kelompok masyarakat: organisasi masyarakat, maupun lintas sektor terkait. Pokok-pokok pengembangan *safe community* terdiri atas:

1. Menumbuh kembangkan masyarakat agar hidup sehat
2. Secara kreatif-inovatif dilakukan pendidikan dan perubahan lingkungan dengan dukungan peraturan dan pemberdayaan masyarakat
3. Tidak ada satu pemekatan yang efektif untuk mengubah pola perilaku masyarakat yang ada. Diperlukan berbagai media untuk meningkatkan kesadaran masyarakat
4. Program intervensi yang disusun untuk pencegahan didasarkan atas akar masalah yang ditemukan dari analisa yang dilakukan secara lintas program-lintas sektor dan bersama masyarakat
5. Untuk analisa diperlukan data epidemiologi.

Safe community perlu dikembangkan karena, jumlah pasien gawat darurat baik dalam kejadian sehari-hari maupun bencana cenderung meningkat dengan cepul dan *shouting epidemic*: Bencana alam (tahun 2006 di Indonesia meningkat tajam), ketrusuhan, kecelakaan (20%), keracunan makanan, kebakaran

BIBLIOGRAFI

- Biki F, 2009. Pemberdayaan Kesehatan <http://.blogspot.com/11/> pemberdayaan.html, diunduh oktober 2012.
- Bangun, B, 2007. *Pendidian Kualitatif*. Prenada Media Group: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2006. Pedoman Desa Siaga. Pusat Promosi Kesehatan-Dep. Kes R. I

- Heru Susetyo. 2009. Kebijakan Penanggulangan Bencana Terintegratif. <http://www.bacatanda.Woprpress.com/.deklarasi/hyogo>
- Hasyim, dkk. 2009. Penanganan Bencana Berbasis Masyarakat. <http://www.mphi.org/content/pbpbk/2009/wimcc.wordpress.com/2011/06/20/leori-h-1-blum>. TeorihL Blum, diunduh 6 februari 2013
- Lwanga, S. K., Lemeshow, S. 2001. *Sample Size Determination in Health Studies (a practical manual)*, WHO Geneva.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pratiwi NL, 2006. Model Deteksi OHIS dan DMFT Indeks sebagai Sumber Informasi dalam peningkatan Self Efficacy Kader Kesehatan, Medika 2006, vol xxxII No 11, Nopember, p 659-668.
- Pratiwi NL, 2012. Kemandirian Masyarakat dalam Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit TB Paru. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, ISSN 1410-2935 vol 15 No 2 April 2012.
- Pratiwi NL, 2013. Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan dalam buku Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan Strategi Percepatan Pencapaian MDG-Post MDG. Penerbit Airlangga University Press. ISBN 978-602-7924-24-6, hal 49-76.
- Republik Indonesia dan UNICEF, 1999. Panduan umum pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak. Jakarta.
- Sumaryati Arysos. 2003. Pengembangan Pola Operasional dalam Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak, Program Litbang dalam Mendukung Percepatan Penurunan Angka Kematian ibu dan Anak. *policy paper*, Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R. I
- Saiful S, 2004. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat terpadu, SPICDT Dep. Kes R. I, BSB Sambar.

5

Pendekatan Kesehatan Masyarakat Menggapai Perubahan Perilaku

Ninieck Lely Pratiwi

PENDAHULUAN

Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik, mental dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisasi. Tujuannya untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, *control* infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk melakukan diagnosis dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap warga masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya (Fitramaya Yuni, 2008).

Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan merupakan cabang dari ilmu kesehatan yang mempunyai dua sisi, yakni sisi ilmu dan sisi seni. Dilihat dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang bagi berbagai program kesehatan lain. Ini artinya bahwa setiap program kesehatan yang telah ada misalnya pemberantasan penyakit menular/tidak menular, program perbaikan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan lain sebagainya sangat perlu ditunjang serta didukung oleh adanya promosi kesehatan. (*iphal-igp.blogspot.com/2008*)

Dalam hal ini organisasi kesehatan dunia WHO telah merumuskan suatu bentuk definisi mengenai promosi kesehatan:

"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, an individual or group must be able to

identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment." (Charter, 1986).

Simpulan dari kutipan diatas bahwa promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Australian Health Foundation pada akhirnya merumuskan batasan lain pada promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

"Health promotion is programs are design to bring about "change" within people, organization, communities, and their environment."

Promosi kesehatan adalah berbagai program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan atau perbaikan, baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Dengan demikian bahwa promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Green dan Otteson, 1998).

Menurut Notoadmojo, 2007 ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari dua dimensi yaitu: a) dimensi aspek pelayanan kesehatan, dan b) dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.

RUANG LINGKUP PUBLIC HEALTH

Secara umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok, yakni: **promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.**

Sedangkan arti lainnya menjadi hanya dua aspek saja, yakni:

- a. Aspek promotif dengan sasaran kelompok orang sehat, dan
- b. Aspek preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit.

Dengan ini maka, ruang lingkup promosi kesehatan di kelompok menjadi dua yaitu

- a. Pendidikan kesehatan pada aspek promotif.
- b. Pendidikan kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan.

Perhatian utama dalam promosi kesehatan adalah mengetahui visi serta misi yang jelas. Berdasarkan konteks promosi kesehatan "Visi" merupakan

sesuatu atau apa yang ingin dicapai dalam promosi kesehatan sebagai salah satu bentuk penunjang program-program kesehatan lainnya. Tentunya akan mudah dipahami bahwa visi dari promosi kesehatan tidak akan terlepas dari koridor Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 serta organisasi kesehatan dunia WHO (World Health Organization).

visi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial.
2. Pendidikan kesehatan disemua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya dan bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat.

Pencapaian visi dari promosi kesehatan diperlukan adanya suatu upaya yang harus dilakukan dan lebih dikenal dengan istilah "Misi". Misi promosi kesehatan merupakan upaya yang harus dilakukan dan mempunyai keterkaitan dalam pencapaian suatu visi.

Secara umum misi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Perluanya Upaya Advokasi

Advokasi merupakan prarangka kegiatan yang terencana yang ditujukan kepada para penentu kebijakan dalam rangka mendukung suatu isu kebijakan yang spesifik. Kegiatan advokasi merupakan suatu upaya untuk menggarahi para pembuat keputusan (*decision maker*) agar dapat mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan atau keputusan.

2. Menjenjatkan, Mediasi (Mediate)

Kegiatan pelaksanaan program kesehatan perlu adanya suatu kerja sama dengan program lain di lingkungan kesehatan, maupun lintas sektor yang terkait. Untuk itu perlu adanya suatu jembatan dan menjalin suatu kemitraan (*partnership*) dengan berbagai program dan berbagai sektor yang memiliki kaitannya dengan kesehatan. Karenanya masalah kesehatan tidak hanya dapat diatasi oleh sektor kesehatan sendiri, melainkan semua pihak juga perlu peduli terhadap masalah kesehatan tersebut. Oleh karena itu, promosi kesehatan memiliki peran yang penting dalam mewujudkan kerja sama atau kemitraan ini.

3. Kemampuan/Keterampilan (*Enable*)

Masyarakat diberikan suatu keterampilan agar mereka mampu dan memelihara serta meningkatkan kesehatannya secara mandiri. Adapun tujuan dari pemberian keterampilan kepada masyarakat adalah dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga sehingga diharapkan dengan peningkatan ekonomi keluarga, maka kemampuan dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan keluarga akan meningkat.

Perkembangan selanjutnya untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit di kenal tiga tahap pencegahan:

1. Pencegahan primer: promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).
2. Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan cacat (*disability limitation*)
3. Pencegahan tersier: rehabilitasi.

Dilihat dari dimensi tingkat pelayanan kesehatan, dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) Leavel and Clark, sebagai berikut:

Pencegahan primer

Pada pencegahan primer perlu dilakukan pada masa individu belum menderita sakit, upaya yang dilakukan ialah:

1. Promosi kesehatan/*health promotion* yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
 2. Perlindungan khusus (*specific protection*): upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkoba dan untuk menangguhkan stress dan lain-lain.
- Kecenderungan Internasional: **Penguatan *primary health care*** (*Market-oriented health care reforms: Trends and future option Social Science & Medicine, volume 43, issue 5, page 665 - 666*). Hidup lebih lama dan lebih baik, PHC:

Outcome kesehatan yang lebih baik dan berkeadilan

Fangsi gate keeper Universal Coverage 2014

Biaya lebih rendah → promotif dan preventif

Sistem pelayanan kesehatan lebih efisien → rujukan dan kendali biaya

Pencegahan sekunder

Pada pencegahan sekunder beberapa hal yang harus dilakukan pada masa individu mulai sakit

1. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), tujuan utama dari tindakan ini ialah 1) mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan 2) untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat.
2. Pembatasan cacat (*disability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi diatasi, terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.

Pencegahan tersier

1. Rehabilitasi, pada proses ini diusahakan agar cacat yang di derita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial.

Adapun skema dari ketiga upaya pencegahan itu dapat di lihat pada gambar dua. Pada gambar dua proses perjalanan penyakit dibedakan atas a) fase sebelum orang sakit: yang ditandai dengan adanya kesinambungan antara agen (kuman penyakit, bahan berbahaya), *host*/tubuh orang dan lingkungan dan b) fase orang mulai sakit yang akhirnya sembuh atau mati.

Selain upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier yang dikalangan dokter dan praktisi kesehatan masyarakat dikenal sebagai lima tingkat pencegahan, juga dikenal empat tahapan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat, empat tahapan itu (Rosserberg, *et al*, 1998) ialah:

1. Apa masalahnya (*surveillance*). Identifikasi masalah, apa masalahnya, kapan terjadinya, dimana, siapa penderitanya, bagaimana terjadinya, kapan hal itu terjadi apakah ada kaitannya dengan musim atau periode tertentu.
2. Mengapa hal itu terjadi (identifikasi faktor risiko). Mengapa hal itu lebih mudah terjadi pada orang tertentu, faktor apa yang meningkatkan kejadian (faktor resiko) dan faktor apa yang menurunkan kejadian (faktor protektif).
3. Apa yang berhasil dilakukan (evaluasi intervensi). Atas dasar kedua langkah terdahulu, dapat di rancang upaya yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah, menangguhkan dengan segera penderita dan melakukan upaya penyembuhan dan pendampingan untuk menolong korban dan menilai keberhasilan tindakan itu dalam mencegah dan menangguhkan masalah.

4. Bagaimana memperluas intervensi yang efektif itu (implementasi dalam skala besar). Setelah diketahui intervensi yang efektif, tindakan selanjutnya bagaimana melaksanakan intervensi itu di berbagai tempat dan *setting* dan mengembangkan sumber daya untuk melaksanakannya.

Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka seorang masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya, sehingga pengobatan yang tidak layak dan sempurna akan dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau berketidakmampuan, oleh karena itu pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini, karena penanganan secara tuntas pada berbagai kasus infeksi organ reproduksi dapat mencegah terjadinya infertilitas.

Pendekatan Kesehatan Masyarakat

Undang-undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992, menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera jasmani, rohani dan sosial agar setiap orang dapat hidup secara produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian kesehatan dalam Undang-undang ini kalau dicermati kata demi kata pada dasar adalah suatu visi bangsa Indonesia dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Dalam dokumen pembangunan kesehatan Negara Republik Indonesia ada 4 pendekatan yang digunakan agar pembangunan kesehatan lebih menyeluruh (komprehensif) yaitu pendekatan kuratif, rehabilitatif, preventif dan promotif. Keempat pendekatan ini harus dilakukan secara proporsional oleh Pemerintah dalam melayani masyarakat.

Pendekatan kuratif dan rehabilitatif dalam praktik dilakukan oleh tenaga-tenaga dokter, perawat dan apoteker, dan petugas yang berhubungan dengan medis lainnya, mereka ini biasanya dikenal sebagai petugas medis. Sementara pendekatan preventif dan promotif dilakukan oleh tenaga-tenaga kesehatan masyarakat semisal ahli gizi masyarakat, epidemiologi kesehatan, ahli kesehatan lingkungan, tenaga promosi kesehatan dan tenaga kesehatan masyarakat lainnya, mereka ini biasa disebut sebagai tenaga kesehatan masyarakat.

Pendekatan medis dan pendekatan kesehatan masyarakat harus berjalan bersama-sama, pendekatan yang satu tidak merasa lebih dari pendekatan yang lainnya. Tidak bisa juga dikatakan pendekatan kuratif dan rehabilitatif tanpa mengabaikan pendekatan preventif dan promotif seperti banyak

yang ditemukan dalam konteks-konteks pada buku *Kefijakan Kesehatan di Indonesia*. Karena kalau demikian konteksnya itu artinya sudah melebarkan pendekatan kuratif-rehabilitatif daripada preventif-promotif. Akibatnya adalah orang-orang akan selalu sakit kemudian diobati dan dipulihkan tetapi karena tidak adanya upaya pencegahan melalui promosi kesehatan orang-orang tersebut atau orang-orang lainnya sakit lagi dan sakit lagi, hingga secara sosial mereka sakit dan tidak percaya lagi pada pendekatan medis, pengobatan alternatif lainnya pun dicari salah satunya adalah dukun clik Ponari pun sebagai alternatif.

Melebarkan pendekatan kuratif-rehabilitatif dalam praktiknya dimasyarakat dapat ditunjukkan dari peran petugas medis (dokter, perawat dan apoteker) dalam menangani penyakit berbasis masyarakat, terlihat lebih menonjol bila dibandingkan dengan peran petugas kesehatan masyarakat, bahkan peran-peran dari petugas kesehatan masyarakat diambil alih oleh petugas medis, sehingga sangat menyedihkan peran petugas kesehatan masyarakat hanya sebagai pekerjap saja. Tetapi perlu diketahui beberapa hari atau bulan kemudian timbul lagi penyakit serupa, terus berputar dari hari ke hari, minggu ke minggu, bulan ke bulan sampai tahun ke tahun bahkan ada penyakit sampai terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa). Jadi sebenarnya mereka petugas medis telah gagal dalam membangun kesehatan masyarakat, memang dalam penanganan penyakit dan pengobatannya serta rehabilitasinya petugas medis berhasil menyembuhkan penyakit tersebut, dan kemudian diklaim pelayanan kesehatan masyarakat berhasil ditanggulangi, bahkan karena penyakit-penyakit tersebut sering terjadi dan sering ditangani mereka petugas medis terlihat semakin profesional, akibatnya masyarakat cenderung membayar mahal penyakit tersebut karena petugas medis yang menangani penyakit tersebut semakin mampu menyembuhkannya.

Bagi masyarakat yang mempunyai tingkat ekonomi yang baik, tidak menjadi masalah karena mereka akan dilayani dengan baik dan ramah sebelum diobati, tetapi akan menjadi masalah adalah mereka masyarakat yang mempunyai tingkat ekonomi yang sangat kurang, tentunya mereka tidak akan mampu mengobati penyakitnya oleh petugas medis, dan walaupun dilayani keramahan tidak ditemukan seperti pada mereka yang mempunyai tingkat ekonomi tinggi, dan walaupun ada keramahan, itu hanyalah keramahan sesaat karena mereka tiba-tiba mampu membayar (karena butuh) ketika mereka pulang 3-4 hari kemudian penyakit kambuh lagi karena yang ditangani bukan asal muasal timbulnya penyakit.

Definisi PHC (WHO, 1978): Deklarasi Alma Ata bahwa:

"Upaya kesehatan primer yang didasarkan kepada metoda dan teknologi yang praktis, ilmiah dan dapat diterima secara sosial, yang terjangkau oleh semua individu dan keluarga dalam masyarakat melalui partisipasinya yang penuh, serta dalam batas kemampuan penyelenggaraan yang dapat disediakan oleh masyarakat dan pemerintah di setiap tahap pengembangannya, dalam suatu semangat kemandirian (self reliance) dan menentukkan nasib sendiri (self determination). Dengan Prinsip Dasar PHC: pemerataan Upaya Kesehatan, Penekanan Pada Upaya Preventif, menggunakan Teknologi Tepat Guna, melibatkan Peran Serta Masyarakat dan melibatkan Kerja sama lintas Sektorial".

Selagi pembangunan kesehatan masih dalam berbagai pendekatan yang tidak seimbang dari kedua pendekatan tersebut upaya kita dalam mewujudkan kesehatan setiap orang agar sehat jasmani, rohani dan sosial dan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis akan sangat sulit untuk diwujudkan, padahal ini merupakan visi bangsa Indonesia harus diwujudkan dan sudah di Undang-undangkan dalam lembaran negara, dibuat oleh rakyat melalui perwakilan di MPR/ DPR RI. Visi Indonesia masyarakat yang mandiri dan berkeadilan seharusnya pemerintah lebih memfasilitasi pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan yang lebih menekankan pendekatan preventif-promotif dan juga memfasilitasi akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata dan berkeadilan. Sehingga diharapkan cerita tentang dukun Ponari dan ketidakberdayaan masyarakat serta karena upaya preventif-promotif telah diambil alih oleh kuratif-rehabilitatif maka mewujudkan kesehatan masyarakat sesuai dengan visi yang dibangun akan sulit tercapai. Sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan di tingkat kecamatan dibangunlah beberapa puskesmas sebagai pusat kesehatan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan baik kuratif, preventif dan promotif.

Cerita tentang dukun Ponari adalah salah satu bukti kegagalan pendekatan medis dalam kesehatan masyarakat, bukan berarti mengkecilkan peran pelugas dokter, perawat dan juga apoteker, tetapi perlunya kebijakan pendekatan pembangunan kesehatan yang lebih menekankan pendekatan preventif-promotif.

PERKEMBANGAN PUSKESMAS, PKMD DI INDONESIA

Pusat Kesehatan Masyarakat, atau yang disingkat dan lebih dikenal di Indonesia dengan nama **Puskesmas**, adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan

pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja UPT. Sebagai unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan dalam unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota, tugasnya adalah menyelenggarakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan Pembangunan Kesehatan. Maksudnya adalah sebagai penyelenggara upaya kesehatan seperti melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi. Sementara pertanggung jawaban secara keseluruhan ada di Dinkes dan sebagian ada di Puskesmas.

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat diikuti masyarakat pada waktu itu (Igbal, 2008).

Kolera masuk di Indonesia tahun 1927 dan tahun 1937 terjadi *wabah kolera ehor* di Indonesia. Kemudian pada tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Kemudian pada September 1959, wabah malaria masuk ke Malang. Dengan tekad di dada, malaria ditargetkan terberantas pada tahun 1970. Puskesmas telah menjadi tonggak periode perjalanan sejarah Dinas Kesehatan Kabupaten di Indonesia. Konsep Puskesmas sendiri diterapkan di Indonesia pada tahun 1969. Perihal diterapkannya konsep Puskesmas ini, pada awal berdirinya, sedikit sekali perhatian yang dicurahkan Pemerintah di Kabupaten pada pembangunan di bidang Kesehatan. Sebelum konsep Puskesmas diterapkan, dalam rangka memberikan pelayanan terhadap masyarakat maka dibangunlah *Balai Pengobatan (BP)*, *Balai Kesjahteraan Ibu dan Anak (BKIA)*, yang tersebar di beberapa kecamatan. Unit tersebut berdiri sendiri-sendiri tidak saling membutuhkan dan langsung melaporkan kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan, umumnya unit tersebut dipimpin oleh seorang Mantri (perawat) senior yang pendidikannya bisa Pembantu Perawat atau Perawat.

Sejalan dengan diterapkannya konsep Puskesmas di Indonesia tahun 1969, maka mulailah dibangun Puskesmas di beberapa wilayah yang dipimpin oleh seorang Dokter Wilayah yang membawahi beberapa Kecamatan, sedang di tingkat kabupaten ada Dokter Kabupaten (Dukab) yang membawahi Dokwil. Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas tersebut adalah pelayanan kesehatan menyeluruh (komprehensif) yang meliputi pelayanan: pengobatan (kuratif), upaya pencegahan (preventif),

peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

Masalah kesehatan yang ditemukan juga sedemikian banyak, antara lain: Penyakit-penyakit menular (Cacar, Malaria, TBC) masih merajalela dengan *incidence* dan prevalensiyang tinggi. Status gizi terutama pada golongan rawan anak-anak di bawah lima tahun dan ibu hamil atau menyusui masih belum memuaskan. Air minum yang sehat, pembuangan kotoran dan sanitasi perumahan yang sangat tidak memadai. Hal tersebut erat kaitannya dengan kemiskinan yang dicerminkan oleh rendahnya tingkat pendidikan, penghasilan perkapita, produksi perkapita dan konsumsi perkapita (termasuk konsumsi dalam bidang sanitasi, gizi dan pelayanan kesehatan).

Selain hal tersebut masalah ketenagaan, khususnya dokter, perawat gigi, nutrisiionis, jumlahnya juga masih terbatas. Disadari bahwa tanpa partisipasi masyarakat secara memadai, tidaklah mungkin keinginan atau tuntutan (*demand*) masyarakat yang semakin meningkat di bidang kesehatan. Untuk itu pada tahun 1976 dikembangkanlah konsep *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa* (PKMD).

PKMD bisa dikatakan perpanjangan konsep dari Puskesmas. PKMD adalah bagian integral dari Pembangunan Desa secara keseluruhan. Beberapa usaha PKMD jika dilihat dari kepentingan masyarakat merupakan kegiatan swadaya masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui perbaikan status kesehatan. Namun bila dilihat dari kepentingan Pemerintah maka PKMD merupakan usaha untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan baik oleh Pemerintah maupun oleh swasta sebagai "Health Provider" dengan peran serta aktif dari masyarakat sendiri. Diharapkan dengan pelaksanaan PKMD akan menyediakan pelayanan untuk perbaikan hygiene perumahan, kesehatan lingkungan, perbaikan taraf gizi, pengembangan kesadaran untuk hidup sehat, penyuluhan kesehatan, pelayanan kuratif dan preventif termasuk kesejahteraan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Imunisasi, Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Sekolah dan lain sebagainya sesuai dengan kebutuhan setempat.

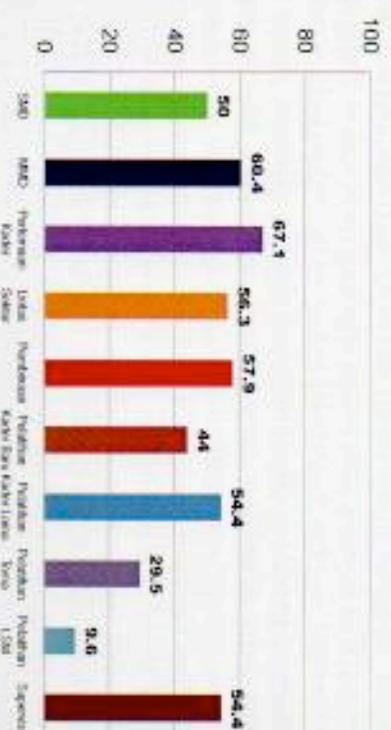
Dengan adanya pelaksanaan PKMD, banyak contoh-contoh di desa tempat masyarakat secara bergotong-royong mengatasi problem kesehatan, seperti: pembuatan kakus (WC), pemasangan pipa bambu untuk mengalirkan air bersih, taman gizi, pertolongan pertama pada kecelakaan, pengobatan ringan, mengenal dan melaporkan adanya penyakit menular, penyuluhan dalam bidang kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana dan sebagainya.

Pembangunan Kesehatan di Indonesia telah mengacu kepada Undang-undang Kesehatan, *Sistem Kesehatan Nasional* (SKN) & *Rencana Pokok Program Pembangunan Bidang Kesehatan* (RP3jPK).

Sistem Kesehatan Nasional telah ditetapkan untuk digunakan sebagai sumbangan bagi peningkatan penyelenggaraan pembangunan Nasional dan sebagai pedoman bagi penyelenggaraan upaya kesehatan di seluruh Indonesia dalam menjalankan tugas-tugas pembangunan dalam sistem kesehatan Nasional sejak tahun 2012. Sedangkan RP3jPK merupakan pedoman bagi penyusunan rencana lima tahunan dan juga rencana tahunan di bidang kesehatan baik dalam bentuk program-program dan proyek pembangunan maupun dalam bentuk kegiatan rutin. Keberhasilan Program Kesehatan secara nyata dapat dilihat dari semakin meningkatnya kualitas upaya Pelayanan Rujukan yang diketahui dari meningkatnya strata/skor Puskesmas dan RSUD. Untuk Puskesmas yang terakreditasi secara penuh dan RSUD tipe B.

Peran serta segenap masyarakat dan kerja sama lintas sektoral dan PKK dalam upaya pembangunan Kesehatan cukup besar. Terbukti dengan semakin memasyarakatnya Posyandu dan tercapainya target-target program Kesehatan khususnya Imunisasi/UCL, Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA), Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), Pembinaan Kesehatan Lingkungan (PKL), Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Upaya Kesehatan Rujukan, Penyuluhan Obat Generik, dan lain-lain.

Dari hasil riset fasilitas kesehatan yang dilaksanakan oleh Badan penelitian dan pengembangan kesehatan pada tahun 2011, dilaporkan bahwa puskesmas dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat dilihat pada gambar.



Gambar 5. 1 Persentase puskesmas berdasarkan kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Data terbaru tentang upaya pemberdayaan masyarakat di puskesmas belum ada, masih menunggu hasil riset Sirkesnas yang dilakukan oleh Badanlitbangkes pada tahun 2016

FALSAFAH DASAR PENGEMBANGAN PUBLIC HEALTH

Dasar Pemikiran

Pada sebagian besar negara berkembang terdapat siklus keadaan yang merupakan suatu lingkaran yang tak berujung, yang menghambat perkembangan masyarakat secara keseluruhan. Masalah kesehatan masyarakat di Indonesia umumnya disebabkan karena rendahnya tingkat sosial ekonomi masyarakat yang mengakibatkan ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam berbagai hal khususnya dalam bidang kesehatan dan perawatan dalam memelihara diri mereka sendiri (*Self Care*). Bila keadaan ini dibiarkan akan menyebabkan masalah kesehatan terhadap individu, keluarga, beberapa kelompok dan masyarakat secara keseluruhan. Sebagai dampaknya adalah menurunnya status kesehatan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Keadaan ini akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas keluarga dan masyarakat untuk menghasilkan sesuatu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, yang selanjutnya membuat kondisi sosial ekonomi keluarga dan masyarakat semakin rendah. Demikian seterusnya berputar sebagai suatu siklus yang tak berujung.

Keadaan yang saling kait mengkait ini menghambat perkembangan masyarakat secara keseluruhan dan suatu tindakan harus dilakukan untuk memotong lingkaran yang tak berujung ini agar selanjutnya kita dapat meningkatkan keadaan masyarakat secara menyeluruh. Dikatakan oleh Adam Curle (1970) seorang ahli pengembangan masyarakat berpendapat bahwa: beberapa sumber keterbelakangan masyarakat bukan terletak pada kurangnya pendayagunaan berbagai sumber ekonomi, tetapi pada penggunaan yang salah dari sumber daya manusia. Masyarakat itu sendiri sebenarnya terdapat suatu dinamika yang membuat mereka mampu bertahan dalam keadaan yang sulit dan hal itu sebenarnya merupakan potensi yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan taraf hidupnya. Sampai seberapa jauh potensi itu dapat berkembang, dapat dilihat dari keadaan perkembangan masyarakat itu sendiri. Pada masyarakat yang sudah berkembang, maka hal ini menunjukkan bahwa mereka telah dapat memanfaatkan potensi yang mereka miliki. Pada masyarakat yang belum berkembang mereka belum banyak memanfaatkan potensi yang mereka miliki.

Hakekat pengembangan masyarakat pada dasarnya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan manusia atau kesejahteraan masyarakat. Hal ini sebenarnya mempunyai kesamaan/tidak berbeda atau dalam arti lain sejalan dengan hakekat pembangunan ekonomi pada umumnya. Setiap usaha yang bertujuan untuk mengembangkan masyarakat hendaknya memecahkan beberapa langkah sebagai berikut:

1. Ciptakan kondisi agar potensi (kemampuan) setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan. Potensi setempat seringkali tidak bisa digunakan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat karena adanya berbagai hambatan. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan mengenal berbagai hambatan ini untuk selanjutnya bersama masyarakat menciptakan suatu kondisi agar potensi yang sudah ada dapat dimanfaatkan untuk peningkatan taraf hidup.
2. Tingkatkan mutu potensi yang ada. Tergalinya potensi setempat harus diikuti dengan peningkatan mutu agar dapat diperoleh manfaat yang optimal. Hal ini dapat dilakukan dengan jalan mengikutsertakan masyarakat setempat sejak awal kegiatan hingga pelaksanaan dan perluasan kegiatan dengan mengadakan beberapa kegiatan pendidikan yang bersifat nonformal.
3. Usahakan kelangsungan kegiatan yang sudah ada.

Dengan menjadikan masyarakat sebagai subyek kegiatan, maka tujuan dapat dicapai dalam pengembangan masyarakat harus diperhatikan beberapa prinsip dalam pengembangan masyarakat sebagai berikut.

1. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat.
2. Program harus disesuaikan dengan kemampuan masyarakat setempat.
3. Dalam melaksanakan kegiatan harus selalu diberikan bimbingan, pengajaran dan dorongan agar agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya.
4. Selama proses ini petugas harus bersedia mendampingi masyarakat dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.

Dalam program pengembangan masyarakat, terkandung beberapa unsur penting sebagai berikut.

1. Program terencana dan tertokus pada berbagai kebutuhan menyeluruh (*Total Needs*) dari masyarakat yang bersangkutan.
2. Mendorong swadaya masyarakat (ini adalah unsur utama).
3. Adanya bantuan teknis dari pemerintah maupun berbagai badan swasta atau organisasi - organisasi sukarela, yang meliputi tenaga atau personil, peralatan, bahan dan dana bersifat sementara dan tidak menimbulkan ketergantungan.

4. Mempersatukan berbagai spesialisasi seperti kesehatan masyarakat, pertanian, peternakan, pendidikan, kesejahteraan keluarga, kewantanan, kepenundaan dan lain-lain untuk membantu masyarakat.

Menurut Mezirow (1963), ada tiga macam bentuk program dalam Usaha Pengembangan Masyarakat, sebagai berikut.

1. Program Integratif Pengembangan Masyarakat melalui koordinasi dinas-dinas teknis terkait atau yang lebih dikenal dengan Kerja sama Lintas Sektoral
2. Program Adaptif Pengembangan Masyarakat hanya ditugaskan kepada salah satu Instansi/Departemen yang bersangkutan saja yang secara khusus melaksanakan kegiatan tersebut atau yang dikenal dengan Kerja sama Lintas Program.
3. Program Proyek Pengembangan Masyarakat dalam bentuk beberapa usaha terbatas di wilayah tertentu dan program disesuaikan dengan kebutuhan wilayah tersebut.

Namun demikian terlepas dari semua pengertian tersebut tentang Pengembangan Masyarakat, maka "Charles Erasmus" merupakan orang yang berpandangan kontra pengembangan masyarakat, yang menyatakan bahwa orang-orang dewasa yang sudah mencapai tingkat kematangan tertentu, yang telah mempunyai berbagai perasaan rendah diri dan tidak percaya diri sendiri dan mempunyai kecenderungan untuk menghindari berbagai situasi baru, tidak mungkin dirubah dalam sekejap, sekali pun dibuka berbagai kesempatan.

Menurut Erasmus, Pengembangan Masyarakat hanyalah suatu "*Adult Manipulation*" belaka. Ia berkeyakinan bahwa faktor yang penting dalam pembangunan adalah adanya kesempatan menuju perubahan (Perubahan Sosial). Kalau momentumnya tepat, pembangunan materiil akan merangsang tumbuhnya berbagai cara hidup yang lebih sehat untuk seterusnya, tanpa melalui filsafat birokratis tentang swadaya masyarakat.

Pengorganisasian Masyarakat

Menurut "Ross Murray" pengorganisasian masyarakat adalah: suatu proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi beberapa kebutuhan dan menentukan prioritas dari berbagai kebutuhan tersebut, dan mengembangkan keyakinan untuk berusaha memenuhi berbagai kebutuhan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan atas berbagai sumber yang ada dalam masyarakat sendiri maupun yang berasal dari luar dengan usaha secara gotong royong.

Aspek Pengorganisasian Masyarakat

Pada pengertian tersebut terdapat tiga aspek penting yang terkandung di dalamnya.

1. Proses
 - a. Merupakan proses yang terjadi secara sadar, tetapi mungkin juga tidak disadari,
 - b. Jika proses disadari, berarti masyarakat menyadari akan adanya kebutuhan,
 - c. Dalam prosesnya ditemukan berbagai unsur kesukarelaan, kesukarelaan timbul karena adanya keinginan untuk memenuhi kebutuhan sehingga mengambil inisiatif atau prakarsa untuk mengatasinya,
 - d. Kesukarelaan juga terjadi karena dorongan untuk memenuhi berbagai kebutuhan kelompok atau masyarakat,
 - e. Kesadaran terhadap kebutuhan dan masalah yang dihadapi biasanya ditemukan pada segelintir orang saja yang kemudian melakukan upaya menyadarkan masyarakat untuk mengatasinya.
 - f. Selanjutnya mengintruksikan kepada masyarakat untuk bersama-sama mengatasinya.
2. **Bertunggunya Masyarakat**

Berbagai langkah yang harus dilakukan guna dapat mentunggunakan masyarakat, sebagai berikut:

 - a). Menarik orang-orang yang mempunyai inisiatif dan dapat bekerja untuk membentuk kepanitiaan yang akan menangani berbagai masalah yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat
 - b). Membuat rencana kerja yang dapat diterima dan dilaksanakan oleh keseluruhan masyarakat,
 - c). Melakukan upaya penyebaran rencana (kampanye) untuk menyukseskan rencana tersebut.

Persyaratan Petugas

Berbagai persyaratan harus dimiliki dan menentukan seseorang sebagai "*Community Worker*" atau sebagai "Promotor Kesehatan Desa (Promokesa)", sebagai berikut:

1. Mampu menggunakan berbagai pendekatan kepada masyarakat sehingga dapat menarik kepercayaan masyarakat.

2. Mampu mengajak masyarakat untuk bekerja sama serta membangun rasa saling percaya antara petugas dan masyarakat.
3. Mengetahui dengan baik sumber daya dan sumber alam yang ada di masyarakat, yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dan memecahkan masalah.
4. Mampu berkomunikasi secara baik dengan masyarakat, menggunakan metode dan teknik komunikasi yang disesuaikan dengan keadaan masyarakat sehingga informasi dapat dimengerti dan dilaksanakan oleh masyarakat.
5. Mempunyai kemampuan profesional dalam berhubungan dengan masyarakat, baik *formal leader* maupun *informal leader*.
6. Mempunyai pengetahuan tentang kondisi sosial ekonomi masyarakat dan keadaan lingkungannya.
7. Mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang kesehatan yang dapat diajarkan kepada masyarakat
8. Mengetahui beberapa dinas terkait dan tenaga ahli yang ada di wilayah tersebut untuk dimintakan bantuan keikutsertaannya dalam memecahkan masalah masyarakat dan memenuhi kebutuhan mereka.

Pendekatan Public Health dalam Pengorganisasian Masyarakat

Pada prinsipnya Pengorganisasian Masyarakat mempunyai orientasi kepada kegiatan tertentu untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Untuk itu menurut "Ross Murray" dalam pengorganisasian masyarakat, terdapat tiga pendekatan yang digunakan, yaitu sebagai berikut.

1. *Specific Content Objective Approach*
Specific Content Objective Approach adalah pendekatan baik perseorangan (Promokes), Lembaga swadaya atau Badan tertentu yang merasakan adanya masalah kesehatan dan kebutuhan dari masyarakat akan pelayanan kesehatan, mengajukan suatu proposal/program kepada instansi yang berwenang untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Contoh: program penanggulangan sampah.
2. *General Content Objective Approach*
General Content Objective Approach adalah pendekatan yang mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam suatu wadah tertentu. Misalnya: Program Posyandu, yang melaksanakan 5 - 7 upaya kesehatan yang dijalankan sekaligus.
3. *Process Objective Approach*
Process Objective Approach merupakan pendekatan yang lebih menekankan kepada proses yang dilaksanakan oleh masyarakat sebagai pengganti

praksa, mulai dari mengidentifikasi masalah, analisa, menyusun perencanaan pengulangan masalah, pelaksanaan kegiatan, sampai dengan penilaian dan pengembangan kegiatan; dimana masyarakat sendiri yang mengembangkan kemampuannya sesuai dengan kapasitas yang mereka miliki. Yang dipentingkan dalam pendekatan ini adalah Partisipasi masyarakat/Peran Serta Masyarakat dalam Pengembangan Kegiatan.

BIBLIOGRAFI

- Depkes RI, 2003. *Kemitraan Dengan Sektor Swasta*, Jakarta
- Depkes RI, 2007. *Renjana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Bidang Kesehatan 2005 - 2025*, Jakarta.
- Direktorat Bina Kesehatan Komunitas, 2004. *Kebijakan safe community (Awam)*, Dinas Kesehatan Provinsi Jatim
- Immpact, 2005, *Seandainya Kematian Ibu Menjadi Tolok ukur Keberhasilan Tokoh-tokoh politik*, Warta Kesehatan Ibu, Edisi 4.
- John Friedmann, 1992. *Empowerment: The Politics of Alternative Development*, Cambridge MA & Oxford UK: Blackwell, *Bid.*, hal. 7.
- Indonesia. Undang-undang, Peraturan, dsb, 2003 "Keputusan Bersama Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 1/U/SKB/2003, Nomor 1067/MENKES/VII/2000, Nomor MA/230 A/2003, Nomor 26 Tahun 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha. Kesehatan Sekolah", Jakarta.
- Iqbal I, 2008. *Promosi Kesehatan, sejarah-puskesmas pelangi Indonesia*. *blogspot.blogspot.com/2008/01/2012/04/*
- Mary, Jane Schneider, 2006. *Clean Air: Is It Safe to Breathe?*, in *Introduction to Public Health*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachussets.
- Musadad, A, 2011. *Penelitian Hubungan Faktor Lingkungan Rumah dengan Kejadian Penularan TB Paru di Rumah Tangga*. www.ekologi.hibang-depkes.go.id/data/abstrak/Anwar200201.pdf. (Sitasi 20 Maret 2011).
- Nishom, M, 2012. *Wednesday, September 5th, 1 Kesehatan*
- Soenarjo RJ, 2004. *UKS Usaha Kesehatan Sekolah*, Bandung, Remaja Rosdakarya.

B

Partisipasi Upaya Mencapai Kemandirian Masyarakat

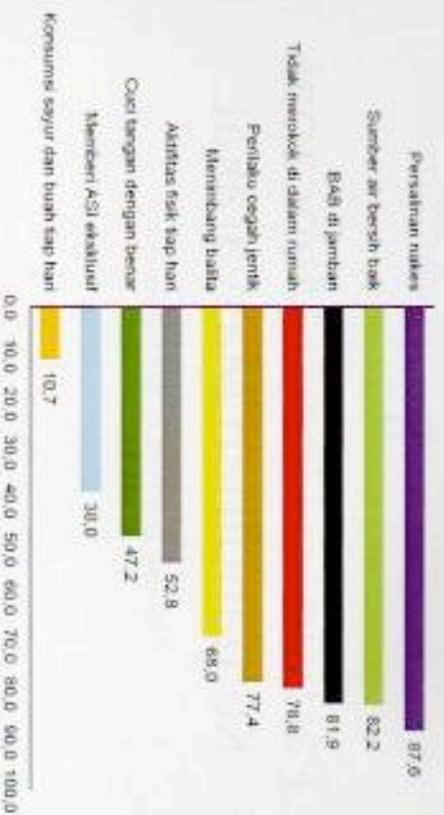
Ninieck Lely Pratiwi, dan Suharniati

PENDAHULUAN

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) meliputi 10 indikator, yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi diberi ASI eksklusif, menimbang bayi dan balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban, memberantas jentik nyamuk dirumah, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas setiap hari, tidak merokok didalam rumah. Pada PHBS tahun 2013 untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10. Sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 7 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah tujuh. Penilaian PHBS rumah tangga baik diukur dengan batasan yang sama dengan penilaian rumah tangga PHBS tahun 2007. Kriteria rumah tangga dengan PHBS baik adalah rumah tangga yang memenuhi indikator baik, sebesar 6 indikator atau lebih untuk rumah tangga yang punya balita dan 5 indikator atau lebih untuk rumah tangga yang tidak mempunyai balita (Kemendes RI, 2013).

Angka PHBS di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas pada tahun 2013 memberikan gambaran bahwa Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dirumah tangga Indonesia seperti yang terlihat pada Grafik 6. 1 tampak bahwa 7 dari 10 indikator PHBS di Indonesia persentasenya masih rendah jika minimal capaian dari setiap indikator adalah 80%.

Rendahnya nilai PHBS di Indonesia diduga karena belum tertanam nilai manfaat berperilaku hidup bersih dan sehat. Rendahnya PHBS kemungkinan besar karena masih rendahnya partisipasi aktif seluruh jajaran baik di pemangku kebijakan maupun komunitas masyarakat. Partisipasi adalah merupakan gerakan gotong royong sebagai wujud ketekuntaran, peranserta atau keterlibatan yang berkaitan dengan keadaan lahiriahnya (Sastropetro, 1995). *Participation becomes, then, people's involvement in reflection and action, a*



Gambar 6.1 Proporsi Rumah Tangga secara nasional yang melakukan Pola Hidup Bersih Sehat (PHBS) menurut 10 indikator Sumber : Riskesdas 2013

process of empowerment and active involvement in decision making throughout a programme, and access and control over resources and institutions (Cristóvão, 1990).

Pengertian partisipasi adalah masyarakat berperan secara aktif dalam proses atau alur tahapan program dan pengawasannya, mulai dari tahap sosialisasi, perencanaan, pelaksanaan, dan pelestarian kegiatan dengan memberikan sumbangan tenaga, pikiran, atau dalam bentuk materiil. Hoofsteede (1971) menyatakan bahwa partisipasi adalah *the taking part in one or more phases of the process* sedangkan Keith Davis (1967) menyatakan bahwa partisipasi *“as mental and emotional involvement of persons of person in a group situation which encourages him to contribute to group goals and share responsibility in them”*. Verhagen (1979) dalam Maridkanto (2003) menyatakan bahwa, partisipasi merupakan suatu bentuk khusus dari interaksi dan komunikasi yang berkaitan dengan pembagian: kewenangan, tanggung jawab, dan manfaat.

Theodorson dalam Maridkanto (1994) mengemukakan bahwa dalam pengertian sehari-hari, partisipasi merupakan keikutsertaan atau keterlibatan seseorang (individu atau warga masyarakat) dalam suatu kegiatan tertentu. Keikutsertaan atau keterlibatan yang dimaksud di sini bukanlah bersifat pasif tetapi secara aktif ditunjukkan oleh yang bersangkutan.

Oleh karena itu, partisipasi akan lebih tepat diartikan sebagai keikutsertaan seseorang didalam suatu kelompok sosial untuk mengambil bagian dalam kegiatan masyarakatnya, di luar pekerjaan atau profesinya sendiri.

Beberapa faktor yang memengaruhi terhadap tumbuh dan berkembangnya partisipasi dapat didekati dengan beragam pendekatan disiplin keilmuan. Menurut konsep proses pendidikan, partisipasi merupakan bentuk tanggapan atau responsas sebagai rangsangan yang diberikan yang dalam hal ini, tanggapan merupakan fungsi dari manfaat (*rewards*) yang dapat diharapkan (Berlo, 1961).

Partisipasi masyarakat menurut Soemarto (2003) adalah proses ketika warga sebagai individu maupun kelompok sosial dan organisasi, mengambil peran serta ikut memengaruhi proses perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan kebijakan kebijakan yang langsung mem-pengaruhi kehidupan mereka. Conyers (1991) menyebutkan tiga alasan mengapa partisipasi masyarakat mempunyai sifat sangat penting.

- Partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan, dan sikap masyarakat tanpa kehadiran program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal.
- Masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan mengetahui seluk beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek tersebut.
- Timbul anggapan bahwa merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat mereka sendiri. Hal ini selaras dengan konsep *man centered development*, yaitu pembangunan yang diarahkan demi perbaikan nasib manusia.

Tipologi Partisipasi

Satu yang menghambat berkembangnya upaya partisipasi masyarakat seringkali adanya persepsi yang kurang tepat, yang menilai masyarakat “sangat dijak maju” oleh sebab itu kesulitan penumbuhan dan pengembangan partisipasi masyarakat juga disebabkan karena sudah adanya campur tangan dari pihak penguasa. Berikut adalah macam tipologi partisipasi masyarakat

1. Partisipasi Pasif/ manipulatif dengan karakteristik masyarakat diberitahu apa yang sedang atau telah terjadi, pengumuman sepihak oleh pelaksana proyek tanpa memperhatikan tanggapan masyarakat dan informasi yang diperlukan terbatas pada kalangan profesional di luar kelompok sasaran.

2. Partisipasi Informatif memiliki karakteristik masyarakat menjawab berbagai pertanyaan penelitian, masyarakat tidak diberi kesempatan untuk terlibat dan memengaruhi proses penelitian dan akurasi hasil penelitian tidak dibahas bersama masyarakat.

3. Partisipasi konsultatif dengan karakteristik masyarakat berpartisipasi dengan cara berkonsultasi, tidak ada peluang pembuatan keputusan bersama, dan para profesional tidak berkewajiban untuk mengajukan pandangan masyarakat (sebagai masukan) atau tindak lanjut
4. Partisipasi intensif memiliki karakteristik masyarakat memberikan jasanya untuk memperoleh imbalan berupa insentif/ upah. Masyarakat tidak dibataskan dalam proses pembelajaran atau beberapa eksperimen yang dilakukan dan masyarakat tidak memiliki andil untuk melanjutkan/berbagai kegiatan setelah insentif dibentarkan
5. Partisipasi fungsional memiliki karakteristik masyarakat membentuk kelompok untuk mencapai tujuan proyek, pembentukan kelompok biasanya setelah ada keputusan-keputusan utama yang di sepakati, pada tahap awal masyarakat tergantung terhadap pihak luar namun secara bertahap menunjukkan kememandiriannya.
6. Partisipasi interaktif memiliki ciri dimana masyarakat berperan dalam analisis untuk perencanaan kegiatan dan pembentukan penguatan kelembagaan dan cenderung melibatkan metoda interdisipliner yang mencari keragaman perspektif dalam proses belajar mengajar yang terstruktur dan sistematis. Masyarakat memiliki peran untuk mengontrol atas (pelaksanaan) keputusan-keputusan mereka, sehingga memiliki andil dalam keseluruhan proses kegiatan.
7. *Self mobilization* (mandiri) memiliki karakter masyarakat mengambil inisiatif sendiri secara bebas (tidak dipengaruhi oleh pihak luar) untuk mengubah sistem atau nilai-nilai yang mereka miliki. Masyarakat mengembangkan kontak dengan beberapa lembaga lain untuk mendapatkan berbagai bantuan teknis dan sumber daya yang diperlukan. Masyarakat memegang kendali atas pemanfaatan sumber daya yang ada dan atau digunakan.

Tahapan Partisipasi

Urutan dari setiap tahapan partisipasi adalah sebagai berikut.

1. Tahap partisipasi dalam pengambilan keputusan

Pada umumnya, setiap program pembangunan masyarakat (termasuk pemanfaatan sumber daya lokal dan alokasi anggarannya) selalu ditetapkan sendiri oleh pemerintah pusat, yang dalam hal ini lebih mencerminkan sifat kebutuhan berbagai kelompok elit yang berkuasa dan kurang mencerminkan keinginan dan kebutuhan masyarakat banyak. Karena itu, partisipasi masyarakat dalam pembangunan perlu ditumbuhkan melalui dibukanya forum yang memungkinkan masyarakat banyak berpartisipasi langsung di dalam proses pengambilan keputusan

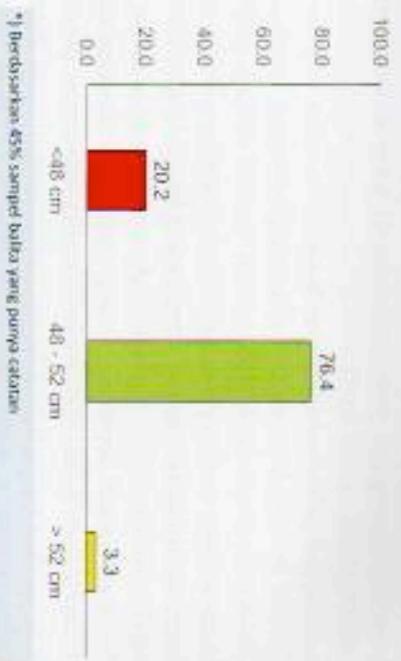
terhadap berbagai program pembangunan di wilayah setempat atau di tingkat lokal (Mardikanto, 2001).

2. Tahap partisipasi dalam perencanaan kegiatan

Slamet (1993) membedakan ada tingkatan partisipasi, yaitu partisipasi dalam tahap perencanaan, partisipasi dalam tahap pelaksanaan, partisipasi dalam tahap pemanfaatan. Partisipasi dalam tahap perencanaan merupakan tahapan yang paling tinggi tingkatannya diukur dari derajat keterlibatannya. Dalam tahap perencanaan, orang sekaligus diajak turut membuat keputusan yang mencakup merumusan tujuan, maksud dan target. Salah satu metodologi perencanaan pembangunan yang baru adalah mengakui adanya kemampuan yang berbeda dari setiap kelompok masyarakat dalam mengontrol dan ketergantungan mereka terhadap sumber-sumber yang dapat diraih di dalam sistem lingkungannya. Pengetahuan para perencana teknis yang berasal dari atas umumnya amat mendalam. Karena keadaan ini, peranan masyarakat sendiri/akhirnya yang mau membuat pilihan akhir sebab mereka yang akan menanggung kehidupan mereka. Oleh sebab itu, sistem perencanaan harus disesuaikan dengan respons masyarakat, bukan hanya karena keterlibatan mereka yang begitu esensial dalam meraih komitmen, tetapi karena masyarakatlah yang mempunyai informasi yang relevan.

3. Tahap partisipasi dalam pelaksanaan kegiatan

Partisipasi masyarakat bisa dalam bentuk menyumbang tenaga, pikiran, inovasi, waktu untuk kepentingan bersama. Partisipasi yang berjalan selama ini pada program kesehatan berupa partisipasi kader dalam kegiatan penimbangan bayi, balita di daerahnya, melalui berbagai kegiatan di posyandu. Partisipasi juga bisa dilakukan oleh sekelompok orang dalam membangun mesjid, mushola, tempat ibadah lainnya. Partisipasi juga dilakukan oleh karang taruna pada kegiatan pengadaaan sarana transportasi untuk membantu ibu bersalin dalam proses rujukan ke rumah sakit terdekat. Kader kesehatan posyandu dapat juga berpartisipasi pada kegiatan pemantauan pertumbuhan anak Balita dengan melakukan penimbangan dan mengukur tinggi badan secara berkala di posyandu. Dari data hasil risikodas proporsi panjang badan lahir pendek terdapat 20, 2 persen anak lahir pendek atau *stunting*.



Gambar 6. 2 Proporsi Panjang Badan Lahar, Riskesdas tahun 2013

Dari data tersebut diatas, petugas kesehatan dapat merencanakan melatih kader untuk berpartisipasi memantau pertumbuhan anak balita dengan melakukan penimbangan berat badan dan mengukur tinggi badan

4. Tahap partisipasi dalam pemantauan dan evaluasi kegiatan Partisipasi masyarakat dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi program dan proyek pembangunan sangat diperlukan. Bukan saja agar tujuannya dapat dicapai seperti yang diharapkan, tetapi juga diperlukan untuk memperoleh umpan balik tentang berbagai permasalahan dan kendala yang muncul dalam pelaksanaan pembangunan yang bersangkutan. Dalam hal ini, partisipasi masyarakat mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan perkembangan kegiatan serta perlakuan aparat pembangunan sangat diperlukan untuk bahan evaluasi.
5. Tahap partisipasi dalam pemantauan hasil kegiatan Partisipasi dalam pemantauan hasil pembangunan, merupakan unsur terpenting yang sering terlupakan. Sebab tujuan pembangunan adalah untuk memperbaiki mutu hidup masyarakat banyak sehingga pemerataan hasil pembangunan merupakan tujuan utama. Di samping itu, pemanfaatan hasil pembangunan akan merangsang kemauan dan kesukarelaan masyarakat untuk selalu berpartisipasi dalam setiap program pembangunan yang akan datang (Mardikanto, 2001).

Tingkat Kesukarelaan Partisipasi

Dusseldorp (1981) membedakan adanya beberapa jenjang kesukarelaan sebagai berikut:

1. Partisipasi spontan, yaitu peran serta yang tumbuh karena motivasi intrinsik berupa pemahaman, penghayatan, dan keyakinannya sendiri.
2. Partisipasi terinduksi, yaitu peran serta yang tumbuh karena terinduksi oleh adanya motivasi ekstrinsik (berupa bujukan, pengaruh, dorongan) dari luar; meskipun yang bersangkutan tetap memiliki kebebasan penuh untuk berpartisipasi.
3. Partisipasi tertekan oleh kebiasaan, yaitu peran serta yang tumbuh karena adanya tekanan yang dirasakan sebagaimana layaknya warga masyarakat pada umumnya, atau peran serta yang dilakukan untuk mematuhi kebiasaan, nilai-nilai, atau norma yang dianut oleh masyarakat setempat. Jika tidak berperan serta, khawatir akan tersisih atau dikucilkan masyarakatnya
4. Partisipasi tertekan oleh alasan sosial-ekonomi, yaitu peran serta yang dilakukan karena takut akan kehilangan status sosial atau menderita kerugian/tidak memperoleh bagian manfaat dari kegiatan yang dilaksanakan.
5. Partisipasi tertekan oleh peraturan, yaitu peran serta yang dilakukan karena takut menerima hukuman dari peraturan/ketentuan-ketentuan yang sudah diberlakukan.

Syarat Tumbuh Partisipasi

Slamet (1985) menyatakan bahwa tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat dalam pembangunan, sangat ditentukan oleh tiga unsur pokok, yaitu:

- Adanya kemauan yang diberikan kepada masyarakat, untuk berpartisipasi
- Adanya kesempatan masyarakat untuk berpartisipasi
- Adanya kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi

Lebih terperinci Slamet menjelaskan tiga persyaratan yang menyangkut kemauan, kemampuan dan kesempatan untuk berpartisipasi adalah sebagai berikut.

a. Kemauan

Secara psikologis kemauan berpartisipasi muncul oleh adanya motif intrinsik (dari dalam sendiri) maupun ekstrinsik (karena rangsangan, dorongan atau tekanan dari pihak luar). Tumbuh dan berkembangnya kemauan berpartisipasi sedikinya diperlukan sikap-sikap yang:

- 1) Sikap untuk meniggalkan nilai-nilai yang menghambat pembangunan.
- 2) Sikap terhadap penguasa atau pelaksana pembangunan pada umumnya.
- 3) Sikap untuk selalu ingin memperbaiki mutu hidup dan tidak cepat puas sendiri.
- 4) Sikap kebersamaan untuk dapat memecahkan masalah, dan tercapainya tujuan pembangunan.
- 5) Sikap kemandirian atau percaya diri atas kemampuannya untuk memper-baiki mutu hidupnya.

b. Kemampuan

Beberapa kemampuan yang dituntut untuk dapat berpartisipasi dengan baik itu antara lain adalah sebagai berikut.

- 1) Kemampuan untuk mengidentifikasi masalah.
- 2) Kemampuan untuk memahami kesempatan-kesempatan yang dapat dilakukan untuk memecahkan masalah yang dihadapi dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia.
- 3) Kemampuan untuk melaksanakan pembangunan sesuai dengan pengetahuan dan keterampilan serta sumberdaya lain yang dimiliki. Robbins (1998) kemampuan adalah kapasitas individu melaksanakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan. Lebih lanjut Robbins (1998) menyatakan pada hakikatnya kemampuan individu tersusun dari dua perangkat faktor, yaitu kemampuan intelektual dan kemampuan fisik.

c. Kesempatan

Berbagai kesempatan untuk berpartisipasi ini sangat dipengaruhi oleh:

- 1) Kemauan politik dari penguasa/pemerintah untuk melibatkan masyarakat dalam pembangunan
- 2) Kesempatan untuk memperoleh informasi
- 3) Kesempatan untuk memobilisasi dan memanfaatkan sumberdaya
- 4) Kesempatan untuk memperoleh dan menggunakan teknologi tepat guna
- 5) Kesempatan untuk berorganisasi, termasuk untuk memperoleh dan mempergunakan peraturan, perizinan, dan prosedur kegiatan yang harus dilaksanakan
- 6) Kesempatan untuk mengembangkan kepemimpinan yang mampu menumbuhkan, menggerakkan dan mengembangkan serta memelihara partisipasi masyarakat dalam pembangunan.

Sementara Mardikanto (1994) menyatakan bahwa pembangunan yang partisipatoris tidak sekedar dimaksudkan untuk mencapai perbaikan kesejahteraan masyarakat (secara material), akan tetapi harus mampu menjadikan warga masyarakatnya menjadi lebih kreatif. Karena itu setiap hubungan atau interaksi antara orang luar dengan masyarakat sasaran yang sifatnya asimetris (seperti: menggarui, hak yang tidak sama dalam berbicara, serta mekanisme yang menindas) tidak boleh terjadi. Dengan demikian, setiap pelaksanaan aksi tidak hanya dilakukan dengan mengiratkan orang dari luar ke dalam masarakat sasaran, akan tetapi secara bertahap harus semakin memanfaatkan orang-orang dalam untuk merumuskan perencanaan yang sebaik-baiknya dalam masyarakatnya sendiri.

Mardikanto (2003) menjelaskan adanya kesempatan yang diberikan, sering merupakan faktor pendorong tumbuhnya kemauan, dan kemauan akan sangat menentukan kemampuannya.

Kemauan untuk berpartisipasi merupakan kunci utama bagi tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat. Sebab, kesempatan dan kemampuan yang cukup, belum merupakan jaminan bagi tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat, jika mereka sendiri tidak memiliki kemauan untuk (turut) membangun. Sebaliknya, adanya kemauan akan mendorong seseorang untuk meningkatkan kemampuan dan aktif memburu serta memanfaatkan setiap kesempatan (Mardikanto, 2003).

Pengaruh politik, kemauan politik dari penguasa untuk melibatkan masyarakat dalam pembangunan, baik dalam pengantiban keputusan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, pemeliharaan, dan pemanfaatan pembangunan; sejak di tingkat pusat sampai di jajaran birokrasi yang paling bawah. Selain hal tersebut terdapat berbagai kesempatan yang lain diantaranya kesempatan untuk memperoleh informasi pembangunan, kesempatan memanfaatkan dan memobilisasi sumber daya (alam dan manusia) untuk pelaksanaan pembangunan.

Kesempatan untuk memperoleh dan menggunakan teknologi yang tepat (termasuk peralatan perlengkapan penunjangnya). Kesempatan untuk berorganisasi, termasuk untuk memperoleh dan menggunakan peraturan, perjanjian, dan prosedur kegiatan yang harus dilaksanakan, dan Kesempatan mengembangkan kepemimpinan yang mampu menumbuhkan, menggerakkan, dan mengembangkan serta memelihara partisipasi masyarakat. Adanya kesempatan-kesempatan yang disediakan untuk menggerakkan partisipasi masyarakat akan tidak banyak berarti, jika masyarakatnya tidak memiliki kemampuan untuk berpartisipasi.

Mardikanto (2003) menjelaskan yang dimaksud dengan kemampuan di sini adalah sebagai berikut.

1. Kemampuan untuk menemukan dan memahami berbagai kesempatan untuk membangun, atau pengetahuan tentang peluang untuk membangun (memperbaiki mutu hidupnya).
2. Kemampuan untuk melaksanakan pembangunan, yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan keterampilan yang dimiliki.
3. Kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dengan menggunakan sumberdaya dan kesempatan (peluang) lain yang tersedia secara optimal.

Yadav (1994) mengemukakan adanya empat macam kegiatan yang menunjukkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan yaitu sebagai berikut.

- Partisipasi dalam pengambilan keputusan.
- Partisipasi dalam pelaksanaan kegiatan.
- Partisipasi dalam pemantauan dan evaluasi.
- Partisipasi dalam pemanfaatan hasil pembangunan.

Tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan, menunjukkan adanya kepercayaan dan kesempatan yang diberikan "pemerintah" kepada masyarakatnya untuk terlibat secara aktif di dalam proses pembangunan. Artinya, tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat, memberikan indikasi adanya pengakuan (aparatur) pemerintah bahwa masyarakat bukanlah sekedar objek atau penikmat hasil pembangunan, melainkan subjek atau pelaku pembangunan yang memiliki kemauan dan kemampuan yang dapat diandalkan sejak perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pemanfaatan hasil-hasil pembangunan (Mardikanto, 2001).

Pendekatan Partisipatif dan Pemberdayaan

Dampak pendekatan partisipatif secara umum adalah sebagai berikut.

1. Program dan pelaksanaannya lebih aplikatif terhadap konteks sosial, ekonomi dan budaya yang sudah ada, sehingga memenuhi kebutuhan masyarakat. Ini menyiratkan kebijakan desentralisasi.
2. Menciptakan rasa memiliki dan tanggung jawab diantara semua pihak terkait dalam merencanakan dan melaksanakan program, sehingga dampaknya dan begitu pula program itu sendiri berkesinambungan.
3. Perlunya menobatkan peran bagi semua orang untuk terlibat dalam proses, khususnya dalam hal pengambilan dan pertanggungjawaban keputusan sehingga memberdayakan semua orang yang terlibat (berberdayakan).

4. Kegiatan pelaksanaan menjadi lebih objektif dan fleksibel berdasarkan keadaan setempat.

5. Transparansi semakin terbuka lebar akibat penyebaran informasi dan wewenang.
6. Pelaksanaan proyek atau program lebih terfokus pada kebutuhan masyarakat

Dalam pembangunan partisipatif, pemberdayaan merupakan salah satu strategi yang dianggap paling tepat jika berbagai faktor determinan dikondisikan terlebih dahulu sedemikian rupa agar esensi pemberdayaan tidak terdistorsi.

Friedman menyatakan bahwa penyelesaian masalah pembangunan melalui pemberdayaan adalah sebagai berikut

"... involves a process of social an political empowerment whose long term objective is to rebalance the structure of power in society by making state action more accountable, strengthening the powers of civil society in the management of its own affairs, and making corporate business more socially responsible" (Friedmann, 1992)

World Bank dalam Buletinnya Vol. 11 No. 4/Vol. 2 No. 1 October-Desember 2001 telah menetapkan pemberdayaan sebagai salah satu ujung-tombak dari Strategi Trisula (*three-pronged strategy*) untuk memengaruhi kemiskinan yang dilaksanakan sejak memasuki dasawarsa 90-an, yang terdiri atas: penggalakan peluang (*promoting opportunity*) fasilitasi pemberdayaan (*facilitating empowerment*) dan peningkatan keamanan (*enhancing security*) (Mardikanto, 2003).

World bank dalam Mardikanto (2003) menyatakan yang dimaksud dengan pemberdayaan adalah pemberian kesempatan kepada kelompok *grassroot* untuk bersuara dan menentukan sendiri berbagai pilihannya (*voice and choice*) kaitannya dengan: aksesibilitas informasi, keterlibatan dalam pemenuhan kebutuhan serta partisipasi dalam keseluruhan proses pembangunan, bertanggung-gugat (akuntabilitas publik), dan penguatan kapasitas lokal.

Dalam konsep pemberdayaan tersebut, terkandung pemahaman bahwa pemberdayaan tersebut diartikan terwujudnya masyarakat madani (yang beradab) dan dalam pengertian dapat mengambil keputusan (yang terbaik) bagi kesejahteraan sendiri. Pemberdayaan masyarakat, dimaksudkan untuk memperkuat kemampuan (*capacity strengthening*) masyarakat, agar mereka dapat berpartisipasi secara aktif dalam keseluruhan proses pembangunan, terutama pembangunan yang ditawarkan oleh penguasa dan atau pihak luar yang lain atau penyuluh, LSM, dan lain-lain (Mardikanto, 2003).

BIBLIOGRAFI

- Kementerian Kesehatan RI: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta.
- Sue Corcoran, 2008. Using Evaluation in Health Promotion Communication: text Book Communicating Health strategies for Health Promotion, Sage Publishers
- Mardikanto, 2003. Pemberdayaan masyarakat melalui promosi Kesehatan
- Marasabessy, N. B., (2007). *Program pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pemberantasan malaria di kabupaten Malaka ternggah, pdf*. Universitas Gadjah Mada.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta. Jakarta
- Wass, A. (1995). *Promoting health: the primary health approach*. Toronto: W. B. Sanders.
- Nurbeti, M. (2009). *Pemberdayaan masyarakat dalam konsep "kepentingan yang mampu menjembatani": bagaimana mengukurnya? Dari: <http://www.kesehatanmasyarakat.com/2009/02/pemberdayaan-masyarakat-dalam-konsep.html> (tanggal unduh 28 Oktober 2009 pukul 12-21 WIB)*

7

Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) melalui Peran Kader Kesehatan

Oktarina

PENDAHULUAN

Salah satu misi pembangunan kesehatan yang tertuang dalam Rencana Strategi Pembangunan Kesehatan tahun 2010-2014 adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat mandiri. Sejalan dengan misi tersebut, dalam sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009 khususnya subsistem Pemberdayaan Masyarakat, yang bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dan berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. Pembangunan Kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud (UU 17 Tahun 2007). Untuk pelaksanaan pembangunan kesehatan dapat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat.

Menurut Permendagri no. 17 Tahun 2007 definisi pemberdayaan masyarakat merupakan strategi yang digunakan dalam pembangunan masyarakat sebagai upaya untuk mewujudkan kemampuan dan kemandirian dalam kehidupan bermasyarakat berbangsa dan bernegara.

Secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar "daya" yang berarti kekuatan atau kemampuan. Bertolak dari pengertian tersebut, maka pemberdayaan dimaknai sebagai proses untuk memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan, dan/atau proses pemberian daya, kekuatan

atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya.

Konsekuensi dan tanggung jawab utama dalam program pembangunan melalui pendekatan pemberdayaan adalah masyarakat berdaya atau memiliki daya, kekuatan atau kemampuan. Kekuatan yang dimaksud dapat dilihat dari aspek fisik dan material, ekonomi, kelembagaan, kerja sama, kekuatan intelektual dan komitmen bersama dalam menerapkan prinsip-prinsip pemberdayaan. Kemampuan berdaya mempunyai arti yang sama dengan kemandirian masyarakat. Salah satu cara untuk meraihnya adalah dengan membuka kesempatan bagi seluruh komponen masyarakat dalam tahapan program pembangunan. Setiap komponen masyarakat selalu memiliki kemampuan atau potensi. Keuntungan potensi ini akan dapat dilihat apabila di antara mereka mengintegrasikan diri dan bekerja sama untuk dapat berdaya dan mandiri.

Bahwa yang dimaksud dengan masyarakat berdaya adalah masyarakat yang tahu, mengerti, paham termotivasi, berkesempatan, memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerja sama, tahu berbagai alternatif, mampu mengambil keputusan, berani mengambil risiko, mampu mencari dan menangkap informasi dan mampu bertindak sesuai dengan situasi. Proses pemberdayaan yang melahirkan masyarakat yang memiliki sifat seperti yang diharapkan harus dilakukan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggung jawab.

Strategi utama yang dipakai untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan dengan cara meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani. Kesehatan masyarakat perlu dilindungi dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan, serta merencanakan tata kelola pemerintahan yang baik dan berkeadilan. Sedangkan strategi pemberdayaan masyarakat diantaranya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, khususnya kesehatan gigi dan mulut, meningkatkan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah, mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan masyarakat yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat serta mengembangkan manajemen sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat secara terbuka dan transparan.

Pembangunan di bidang kesehatan gigi merupakan bagian integral dari pembangunan kesehatan secara umum. Kesehatan gigi dan mulut

sebagai bagian dari kesehatan secara menyeluruh harus diperhatikan, oleh karena rongga mulut sebagai pintu gerbang masuknya makanan yang bergizi maupun masuknya kuman yang membahayakan tubuh kita (www.depkes.go.id). Penyakit gigi dan mulut yang tersebar luas dan banyak diderita masyarakat Indonesia adalah penyakit jaringan penyangga gigi dan penyakit karies gigi yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

Tingkat persebaran tenaga kesehatan dokter gigi dan perawat gigi di puskesmas sebagian besar puskesmas di 33 Provinsi masih ada yang kurang tenaga dokter gigi dan perawat gigi (Risksedas, 2007 & 2013). Jumlah dokter gigi pada tahun 2011 sebanyak 10.164 dokter gigi dan terjadi peningkatan pada tahun 2012 sebanyak 23.262 dokter gigi. Rasio dokter gigi dari tahun 2009-2013 cenderung sama antara 4-5 dokter gigi per 100.000 penduduk. Berdasarkan hasil penelitian 3 provinsi >80% puskesmas tidak memiliki tenaga dokter gigi atau perawat gigi yaitu puskesmas di Provinsi Papua sebesar 88,8%, Papua Barat sebesar 78,7% dan Provinsi Sulawesi Utara dan Sulawesi Tenggara sebanyak 61,0%. Sebaliknya 3 provinsi >40% puskesmas yang jumlah dokter gigi/perawat giginya yaitu di puskesmas Provinsi DI Yogyakarta sebanyak 98,3%, Kepulauan Riau sebanyak 91,3% dan Provinsi Bali sebanyak 87,3%. Provinsi lainnya sebagian besar terjadi kelebihan tenaga kesehatan gigi di puskesmas. Pelaksanaan Usaha kesehatan gigi dan mulut berbasis masyarakat (UKBM) di Indonesia sebanyak 56,7%. Puskesmas telah UKGM, sedangkan untuk Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) 86% Puskesmas di Indonesia telah melaksanakannya.

PENINGKATAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT MENURUT MDGS 2015

Kesehatan Gigi dapat membantu upaya percepatan *Millennium Development Goals* (MDGs) antara lain memberantas kemiskinan dan kelaparan karena sakit gigi, infeksi gigi dan ompong mengarah pada malnutrisi dan nutrisi kurang, masyarakat miskin terkena imbas akibat biaya pengeluaran untuk perawatan gigi, masalah gigi dan mulut mengarah pada ketidakhadiran pekerja dan selanjutnya kehilangan penghasilan. Masalah kesehatan gigi apabila mencapai pendidikan dasar universal, maka dampaknya masalah gigi mengakibatkan ketidakhadiran murid disekolah, sakit gigi memiliki efek terhadap konsentrasi, waktu tidur dan prestasi anak di sekolah.

Memendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan yaitu ibu perlu tahu mengenai kebersihan gigi dan mulut yang mendasar serta makanan sehat bagi anak, karena perempuan hidup lebih lama, mereka harus menjaga kesehatan gigi dan mulut mereka seumur hidup. Mengurangi angka kematian anak karena infeksi gigi, noma (*gangrenous stomatitis*) dan tradisi

yang berbahaya sehubungan dengan gigi dan mulut dapat mengakibatkan kematian. Memperbaiki kesehatan ibu hamil karena kesehatan mulut yang buruk pada ibu hamil dapat memberikan efek terhadap kelahiran dan berat badan bayi, disamping terhadap kesehatan gigi dan mulut bayi nantinya. Memberantas HIV/AIDS, malaria dan penyakit-penyakit lainnya karena terdapat hubungan antara HIV/AIDS dengan kesehatan gigi dan mulut, dan permasalahan yang ditemukan dalam rongga mulut dapat menjadi indikator dini terjadinya infeksi. Meyakinkan keberlangsungan lingkungan hidup berupa penanganan kesehatan gigi dan mulut melibatkan penggunaan teknologi yang sesuai, kontrol infeksi yang efektif serta pembuangan limbah medis yang aman. Membangun kerja sama global untuk perkembangan meliputi kerja sama dalam upaya mempromosikan kesehatan gigi dan mulut diantara para akses terhadap obat-obat mendasar, perawatan gigi dan mulut dasar dan pencegahannya.

Berdasarkan Undang-Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan kesehatan gigi yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan. Tindakan yang dilakukan untuk pengembangan pelayanan kesehatan gigi dan mulut antara lain melalui upaya promosi, pencegahan dan pelayanan kesehatan gigi dasar di puskesmas dan puskesmas pembantu (Postu); upaya promosi, pencegahan dan pelayanan kesehatan gigi perorangan di rumah sakit (RS); upaya promosi, pencegahan dan pelayanan kesehatan di sekolah melalui Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dari tingkat TK sampai SMA yang terkoordinir dalam UKS; Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dalam bentuk Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM); dan membangun kemitraan kesehatan gigi dan mulut.

Menurut Menkes, kesehatan gigi dapat mendukung percepatan tujuan *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015. Upaya yang dilakukan agar kesehatan gigi dan mulut dapat mendukung percepatan tujuan *Millennium Development Goals* (MDGs) adalah dengan diadakannya upaya UKGM. UKGM adalah suatu usaha kesehatan gigi dan mulut yang dibentuk di masyarakat untuk menunjang derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal. UKGM telah dilaksanakan sejak tahun 1979, sebagai perluasan upaya promotif, preventif kesehatan gigi masyarakat melalui PKMD.

PKMD adalah kegiatan atau pelayanan kesehatan berdasarkan sistem pendekatan edukatif masalah kesehatan melalui puskesmas dimana setiap individu atau kelompok masyarakat dibantu agar dapat melakukan

tindakan-tindakan yang tepat dalam mengatasi kesehatan mereka sendiri. Pada tahap awal sasaran meliputi ibu hamil yang berkunjung ke puskesmas, ibu dengan anak balita dan anak usia 6-14 tahun yang putus sekolah. Adanya Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD) yang berintegrasi dengan kegiatan posyandu sehingga kegiatan posyandu akan dapat berkembang. Namun untuk kegiatan UKGMD ini diberapapa provinsi masih ada yang melaksanakan melalui kegiatan Karang taruna, pesantren, dan sebagainya.

Di Indonesia jumlah penduduk usia 15 tahun keatas sebesar 176. 689. 336 jiwa menderita karies aktif atau karies yang belum diangani atau belum dilakukan penambalan atau *Decay* (D) > 0 teranganinya sebanyak 93.998.727 jiwa. Prevalensi karies aktif penduduk diatas usia 15 tahun pada tahun 2013 sebanyak 53,2% sedangkan tahun 2007 sebanyak 43,4%, artinya terjadi peningkatan sebanyak 9,8%. Sebanyak 14 provinsi dari 33 provinsi (42%) memiliki prevalensi karies aktif diatas prevalensi nasional, yaitu Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, dan Maluku.

Dilaporkan bahwa 23,0% penduduk yang menyadari dirinya bermasalah gigi dan mulut, 30% diantara mereka menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga profesional gigi. Ditemukan pula angka perawatan yang sangat rendah, serta terjadinya keterlambatan perawatan yang tinggi, dan kerusakan gigi sebagian besar berakhir dengan pencabutan.

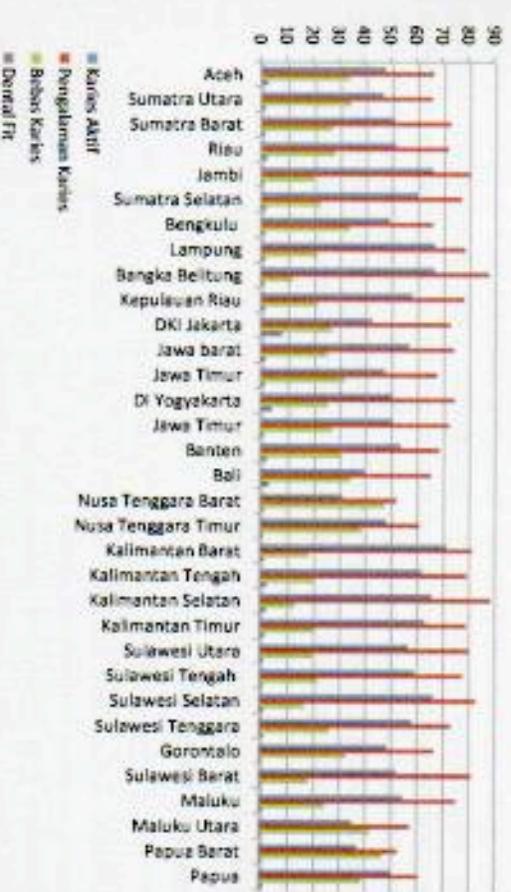
PROFIL KONDISI KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

Prevalensi Karies Gigi

Indeks *Decay Missing Filling-Teeth* (DMF-T) Indonesia sebesar 4, 6 dengan komponen terbesar adalah gigi yang telah hilang. Rincian nilai masing-masing komponen adalah D-T=1,6, M-T=2,9, F-T=0,08; yang berarti kerusakan gigi penduduk Indonesia 460 buah gigi per 100 orang. Indeks DMF-T merupakan penjumlahan dari komponen D-T, M-T, dan F-T yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang, baik berupa *Decay*/D (merupakan jumlah gigi permanen yang mengalami karies dan belum diobati atau ditambah), *Missing*/M (jumlah gigi permanen yang dicabut atau masih berupa sisa akar), dan *Filling*/F adalah jumlah gigi permanen yang telah dilakukan penunpaman atau ditambah. Indeks DMF-T menggambarkan tingkat keparahan kerusakan gigi permanen sebanyak 75% penduduk Indonesia secara nasional, artinya bahwa setiap orang mengalami kesakitan gigi sebanyak 5 gigi. Terdapat 15 provinsi yang DMFT-nya berada di atas rata-rata nasional yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan,

Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Barat. Provinsi yang mempunyai indeks DMF-T tertinggi adalah Bangka Belitung 8,5 dan terendah Indeks DMF-T adalah Papua Barat 2,6.

Kondisi karies gigi berupa karies aktif, pengalaman karies, bebas karies dan dental fit. Karies aktif artinya karies yang belum ditangani atau belum dilakukan penambalan/ditutupat. (D_{Decay} (D)_{>0}) tertangan. Pengalaman Karies atau riwayat karies adalah orang dengan riwayat atau pengalaman karies dimana DMF-T > 0. Bebas karies yaitu orang dengan DMF-T: 0, tidak ada karies, tidak ada pencabutan, tidak ada penambalan atau penutupan. Dental fit yakni orang tanpa lubang gigi atau (D=0). Dental fit adalah orang yang belum pernah mengalami karies (D=0). Pada gambar ini dapat dilihat proporsi karies dan kondisi karies gigi di Indonesia menurut data Riskesdas tahun 2013.



Gambar 7.1 Proporsi Karies Gigi, Pengalaman Karies, Bebas Karies dan Dental Fit Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013

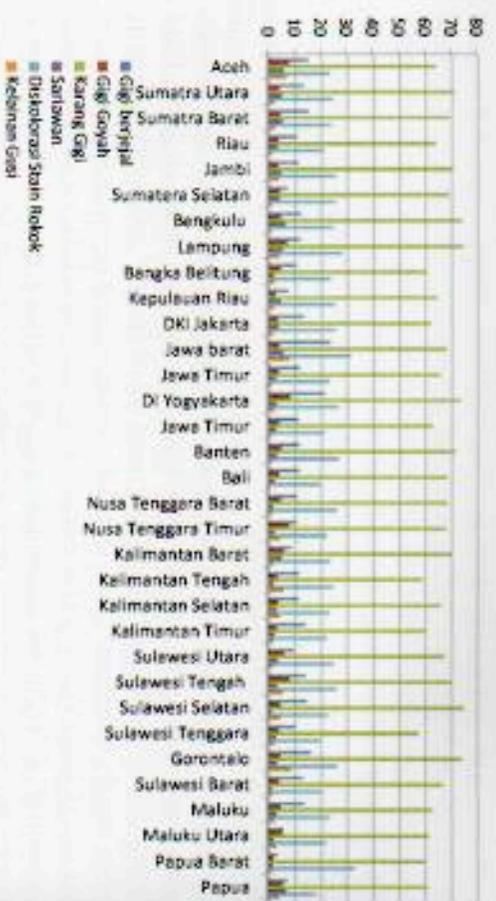
Berdasarkan Gambar 7.1, terlihat bahwa proporsi karies gigi aktif menurut provinsi secara nasional sebanyak 53,2% dengan provinsi yang tertinggi karies aktifnya di Provinsi Kalimantan Barat 71,7% dan karies aktif yang terendah di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebanyak 31,3%. Menurut pengalaman karies secara nasional sebanyak 72,3% dengan provinsi yang tertinggi pengalaman kariesnya di Provinsi Kalimantan Selatan 88,9% dan

yang terendah di Provinsi Papua Barat 53,0%. Sedangkan proporsi bebas karies menurut provinsi secara nasional sebanyak 27,7% dengan provinsi yang tertinggi bebas karies ada di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebanyak 47,6% dan provinsi yang terendah di Provinsi Bangka Belitung sebanyak 11,9%.

Kondisi Gigi dan Kesehatan Mulut

Kondisi gigi dan kesehatan mulut berupa gigi berjejal, gigi goyah, karang gigi, sariawan, diskolorasi stain rokok, dan kelainan gusi. Gigi berjejal yaitu pertumbuhan rahang yang tidak normal menyebabkan gigi geligi tumbuh berjejal karena tidak seimbang ukurannya rahang dan gigi geligi. Gigi goyah yaitu pergerakan gigi pada dataran vertikal atau horizontal. Derajat ke goyangan gigi tergantung pada lebar *Ligamen Periodontal*, area perlekatan akar, elastisitas tulang gigi (*Prosesor alveolar*) dan fungsi dari masing-masing gigi. Karang gigi yaitu kumpulan plak yang termineralisasi yang sangat lengket diatas email gigi. Lokasi karang gigi ada di permukaan gigi diatas gusi (*Supragingival*) dan dipermukaan gigi dibawah gusi (*Subgingival*). Sariawan yaitu Suatu kelainan pada selaput lendir yang berbentuk luka pada mulut yang ditandai dengan bercak berwarna putih kekuningan dengan permukaan agak cekung. Diskolorasi stain rokok yaitu warna yang menempel diatas permukaan gigi biasanya terjadi karena perlekatan warna makanan, minuman atau rokok yang meninggalkan *tar* berwarna kecoklatan pada gigi yang terjadi secara perlahan dalam jangka waktu yang panjang. Kelainan gusi yaitu peradangan jaringan lunak (*gingiva*) dan keluhan abnormal dari tulang yang mengelilingi dan menekan gigi yang disebabkan oleh toksin yang disekresi oleh bakteri dalam plak yang menumpuk dari waktu ke waktu sepanjang garis gusi. Pada gambar ini dapat dilihat proporsi kondisi gigi dan kesehatan mulut menurut provinsi di Indonesia tahun 2013.

Berdasarkan Gambar 7.2 terlihat bahwa kondisi kesehatan gigi dan mulut di Indonesia yang terbanyak adalah adanya karang gigi, sebanyak 67,2% masyarakat Indonesia mempunyai karang gigi. Provinsi dengan penderita karang gigi tertinggi ada di dua provinsi yaitu Provinsi Bengkulu dan Provinsi Gorontalo sebanyak 74,4% dan karang gigi yang terendah di Provinsi Sulawesi Tenggara sebanyak 57,6% serta Provinsi Kalimantan Tengah 59,4%. Selanjutnya masalah kondisi kesehatan gigi dan mulut yaitu adanya diskolorasi stain rokok secara nasional jumlah penderitanya sebanyak 25,3%. Provinsi yang memiliki jumlah diskolorasi stain rokok terbanyak diatas rata-rata secara nasional adalah Provinsi Papua Barat sebanyak 33,4% dan Provinsi Jawa Barat sebanyak 31,6%.



Gambar 7.2 Proporsi Kondisi Gigi dan Kesehatan Mulut Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013

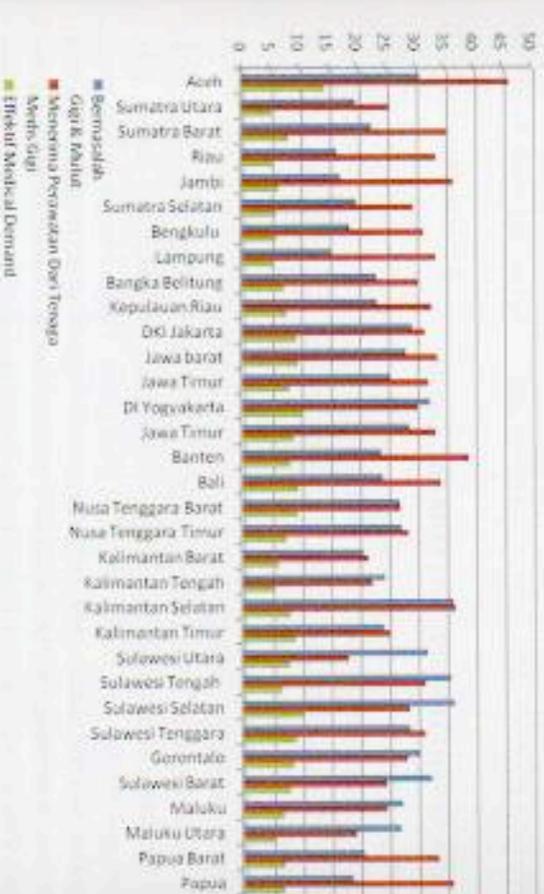
Selanjutnya kondisi kesehatan gigi dan mulut yang bermasalah di Indonesia adalah gigi berjal. Secara nasional sebanyak 14,3% dengan provinsi yang tertinggi gigi berjal di Provinsi Jawa Barat 23,9% dan yang terendah di Provinsi Papua Barat sebanyak 3,6%. Kondisi gigi goyah menurut provinsi secara nasional sebanyak 4,7% dengan empat provinsi tertinggi yaitu di Provinsi DI Yogyakarta sebanyak 8,5%, Provinsi Aceh 8,2%, Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, dan Provinsi Nusa Tenggara Timur 8,1%. Provinsi yang terendah kondisi gigi goyah yaitu di Provinsi Kepulauan Riau 2,8% dan Provinsi Papua Barat 2,0%.

Kondisi sariawan banyak di derita masyarakat di Indonesia secara nasional menurut provinsi sebanyak 4,1% dengan provinsi yang tertinggi yaitu di Provinsi Papua 6,9% diatas rata-rata nasional dan yang terendah penderita sariawan yaitu di Provinsi Sulawesi Barat 1,4%.

Beberapa masalah kesehatan gigi dan mulut yaitu adanya gigi berjalang (karies gigi), radang gusi (*gingivitis*), radang jaringan penyanggah gigi (*periodontitis*), sariawan (*stomatitisaphtosa*), maupun bau mulut (*halitosis*). Permasalahan kesehatan gigi dan mulut berpengaruh terhadap kesejahteraan hidup dan produktivitas seseorang. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata lama hari hilang akibat masalah gigi dan mulut sebesar 3, 64 hari dalam satu tahun. Menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah setiap orang menerima/memperoleh pelayanan kesehatan gigi secara langsung maupun tidak langsung dari tenaga kesehatan gigi/tenaga medis gigi. Presentase

penduduk yang menerima perawatan medis gigi meningkat dari 29,7% tahun 2007 menjadi 31,1% pada tahun 2013.

Effective Medical Demand (EMD) didefinisikan sebagai persentase penduduk yang bermasalah dengan gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir dikali persentase penduduk yang menerima perawatan atau pengobatan gigi dari tenaga medis gigi (dokter gigi spesialis, dokter gigi, perawat gigi). Kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi terjadi peningkatan dari tahun 2007 sebesar (6,9%) menjadi 8,1% tahun 2013. Pada gambar 7.3 dapat dilihat prevalensi masyarakat yang bermasalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan EMD menurut provinsi yang ada di Indonesia.



Gambar 7.3 Prevalensi Masyarakat yang Bermasalah Gigi dan Mulut Sesuai Efektif Medical Demand Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013

Berdasarkan prevalensi masyarakat yang bermasalah gigi dan mulut secara nasional yaitu 25,9% dengan tiga provinsi yang masyarakatnya mempunyai masalah gigi dan mulut yang cukup tinggi (>35%) yaitu Provinsi Sulawesi Selatan 36,2%, Provinsi Kalimantan Selatan 36,1% dan Provinsi Sulawesi Tengah 35,6% dengan masing-masing EMD 10,3%, 8%, dan 6,4%.

Sedangkan prevalensi masyarakat Indonesia yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis) terdapat 31,1%, sementara 68,9% lainnya tidak dilakukan perawatan. Secara keseluruhan keterjangkauan atau kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi atau EMD hanya 8,1

persen. Masalah gigi dan mulut (*potential demand*) berdasarkan karakteristik proporsi tertinggi pada usia produktif 35–44 tahun sebesar 30,5% dan menerima perawatan atau pengobatan gigi dari tenaga medis gigi atau EMD sebesar 10,3%. Serta usia 45–54 tahun sebesar 31,9% menerima perawatan atau pengobatan gigi dari tenaga medis gigi atau EMD sebesar 10,6 persen. Proporsi EMD pada laki-laki 9,1% lebih tinggi dibanding perempuan 7,1%. Terdapat kecenderungan peningkatan proporsi EMD pada kelompok pendidikan lebih tinggi 11,3%. Berdasarkan jenis pekerjaan, kelompok pegawai memiliki EMD terbesar 9,8%. Berdasarkan tempat tinggal, di daerah perkotaan 8,6% lebih tinggi dibandingkan pedesaan 7,5%, dan pada kumulatif indeks kepemilikan yang teratas memiliki EMD yang tertinggi sebanyak 9,0%.

USAHA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT (UKGM)

UKGM adalah suatu pendekatan edukatif yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan gigi, dengan mengintegrasikan upaya promotif dan preventif kesehatan gigi pada berbagai upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang berlandaskan pendekatan *primary health care* (posyandu, bina keluarga balita, polindes, posstren, dan taman kanak-kanak).

Sasaran UKGM yaitu semua masyarakat yang berpenghasilan rendah dan dituliskan bagi kelompok rentan penyakit gigi mulut yaitu golongan balita, ibu hamil, dan ibu menyusui. Posyandu memiliki peran penting sebagai salah satu kegiatan sosial bagi ibu-ibu untuk memantau tumbuh kembang balita, termasuk proses tumbuh kembang gigi geligi anak. Pemerintah, melalui posyandu, berusaha memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan gigi primer dengan menyelenggarakan Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD). Akan tetapi pelaksanaan UKGMD tersebut sering terkendala keterbatasan fasilitas dan kurangnya kemampuan kader.

Tujuan UKGM yaitu meningkatkan kesadaran, kemampuan, kemampuan, dan peran serta masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan gigi. Program UKGM di posyandu, dilaksanakan oleh tenaga kesehatan gigi dari puskesmas dan kader. Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. Kegiatan UKGM yang dilaksanakan di posyandu yaitu pemeriksaan kesehatan gigi, memberikan penyuluhan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut, dan pelatihan kader. Kemampuan pendanaan

dari pemerintah terbatas, karenanya perlu dikembangkan pendanaan yang berasal dari masyarakat untuk kepentingan pelayanan. Dana ini dapat berwujud dana sehat atau bentuk-bentuk asuransi kesehatan lainnya yang merupakan bentuk swadaya masyarakat.

Prinsip UKGM adalah pemerataan jangkauan melalui pendekatan PKMD (Posyandu, TK, UKS). Integrasi penyuluhan dengan melibatkan peran serta masyarakat melalui:

1. Keluarga dengan memberikan pengetahuan, kesadaran serta kemampuan dan kemauan dalam pemeliharaan kesehatan gigi;
2. Kelompok masyarakat yaitu PKK, Guru, Kader Kesehatan yang fokus pada upaya pencegahan;
3. Melakukan penyuluhan dan kampanye sikat gigi dengan baik dan benar;
4. Pemberian tablet fluor.

Target UKGM 2011-2015 diantaranya:

1. prevalensi karies pada usia 6 tahun sebanyak 60%;
2. prevalensi karies pada usia 18 th 50%;
3. prevalensi karies pada ibu hamil 50%;
4. 20 gigi berfungsi usia > 65 tahun
5. 80% anak prasekolah yang mendapat pelayanan gigi mulut
6. 80% SD/MI mendapat pelayanan gigi dan mulut
7. 80% Usia mendapat pelayanan gigi dan mulut, dan
8. 80% Ibu hamil mendapat pelayanan gigi dan mulut (15).

Karies gigi merupakan proses patologis yang terjadi karena adanya interaksi faktor-faktor dalam mulut yang berhubungan langsung dengan proses terjadinya karies. Karies hanya dapat terjadi apabila ada 4 faktor yaitu mikroorganisme, substrat, host dan waktu yang bekerja secara simultan.

Faktor penyebab dari penyakit gigi dan mulut dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Maka pencegahan penyakit gigi sebenarnya sangat mudah yaitu memelihara kebersihan gigi dan mulut agar menghilangkan plak dan bakteri dengan menyikat gigi secara teratur setelah sarapan pagi dan malam sebelum tidur, memperkuat gigi dengan pengolesan fluor, mengurangi konsumsi makanan yang manis dan melekat serta memperbanyak konsumsi makanan yang beresat untuk menyehatkan gigi dan mulut.

Menurut hasil penelitian di Indonesia, prevalensi karies masyarakat termasuk anak-anak sebesar 72,1%. Sedangkan total prevalensi karies di Indonesia mencapai 90,05%. Dalam Program Kesehatan Nasional tercantum 17 macam usaha atau kegiatan kesehatan masyarakat diantaranya:

1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
2. Kesejahteraan Ibu dan Anak.
3. Hygiene dan sanitasi lingkungan.
4. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
5. Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut (UKGM).
6. Usaha Kesehatan Mata.
7. Usaha Kesehatan Jiwa.
8. Pendidikan, kesehatan kepada masyarakat.
9. Usaha Gizi.
10. Pemeriksaan, pengobatan dan perawatan.
11. Perawatan kesehatan masyarakat.
12. Keluarga Berencana (KB).
13. Rehabilitasi.
14. Usaha-usaha farmasi.
15. Laboratorium.
16. Statistik kesehatan.
17. Administrasi usaha kesehatan masyarakat.

PERILAKU MASYARAKAT DALAM PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DI INDONESIA

Status kesehatan gigi dan mulut seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor penting yaitu keturunan, lingkungan (fisik maupun budaya), perilaku dan pelayanan kesehatan. Dari empat faktor tersebut, perilaku memegang peranan yang penting dalam memengaruhi status kesehatan gigi dan mulut secara langsung. Hal yang terpenting dalam usaha menjaga kebersihan mulut adalah faktor kesadaran dan perilaku pemeliharaan *hygiene* mulut secara personal atau perseorangan. Perilaku manusia merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

Dari hasil penelitian ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dengan status kesehatan gigi dan mulut. Semakin baik perilaku membersihkan gigi, maka semakin baik tingkat kebersihan gigi dan mulut, sebaliknya semakin jelek perilaku membersihkan gigi, semakin jelek pula tingkat kebersihan gigi dan mulutnya.

Setiap orang perlu menjaga kesehatan gigi dan mulut dengan cara menyikat gigi dengan benar untuk mencegah terjadinya karies gigi. Ada beberapa persepsi masyarakat yang menyatakan bahwa penyakit gigi tidak mengakibatkan kematian sehingga kurangnya kepedulian untuk menjaga

kebersihan gigi dan mulut. Padahal gigi merupakan fokus infeksi terjadinya penyakit sistemik diantaranya penyakit jantung, ginjal dan sebagainya. Didieraah tertentu ada kebiasaan masyarakatnya untuk menandakan tingkat kedewasaan seseorang dengan cara pangur, cara ini dapat menyebabkan semakin meningkatnya angka karies. Beberapa perilaku masyarakat terhadap kebiasaan pola makan yang salah seperti menyukai makanan manis dan mudah lengket atau makanan kurang serat serta perilaku waktu menyikat gigi yang salah karena dilakukan pada saat mandi pagi dan mandi sore bukan sesudah makan dan menjelang tidur malam.

Makanan sangat berpengaruh terhadap gigi dan mulut, makanan yang bersifat membersihkan gigi yang dapat mengurangi kerusakan gigi seperti apel, jambu air, bengkuang dan lain sebagainya, sebaliknya makanan yang manis, lunak dan melekat pada gigi amat merusak gigi seperti permen dan coklat, walaupun air ludah dan lidah merupakan pembersih alamiah terhadap gigi tapi pelekatan permen sukar dibersihkan oleh pembersih alamiah ini terlebih pada fisur atau celah antara gigi.

Makanan yang mudah melekat pada permukaan gigi dapat mempercepat terjadinya karies dan perkembangan karies sangat dipengaruhi oleh sisa makanan yang tertinggal di dalam mulut dalam waktu yang lama.

Definisi berperilaku benar dalam menyikat gigi adalah kebiasaan menyikat gigi setiap hari sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam. Sebagian besar masyarakat menyikat gigi pada saat mandi pagi sebesar 94,7% dengan urutan tertinggi di Bengkulu dan Lampung sebesar 99,1% dan yang terendah di Nusa Tenggara Timur sebesar 80,7%. Sedangkan sebagian besar masyarakat ada juga yang menyikat gigi pada saat mandi sore sebesar 79,7% dengan urutan tertinggi di Bengkulu sebesar 94,2% dan yang terendah di Sulawesi Selatan sebesar 43,2%. Sebagian besar penduduk menyikat gigi setiap hari saat mandi pagi atau mandi sore sebesar 77,1%. Proporsi penduduk umur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari dan berperilaku benar berdasarkan karakteristik tempat tinggal di perkotaan lebih banyak berperilaku menyikat gigi benar dibandingkan pedesaan. Berdasarkan jenis kelamin laki-laki 2,0%, lebih rendah dibandingkan dengan perilaku menyikat gigi pada perempuan 2,5%. Demikian pula berdasarkan pendidikan semakin tinggi pendidikan maka semakin baik perilaku menyikat gigi dengan benar. Sesuai dengan hasil penelitian masyarakat dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih peduli dan lebih sering memeriksakan kesehatan gigi dan mulutnya dibandingkan masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah. Sedangkan berdasarkan jenis pekerjaan, kelompok pegawai lebih banyak berperilaku menyikat gigi dengan benar.

Hasil penelitian pada Sekolah Dasar (SD) di Kabupaten Sleman persentase murid yang menderita karies pada murid perempuan lebih

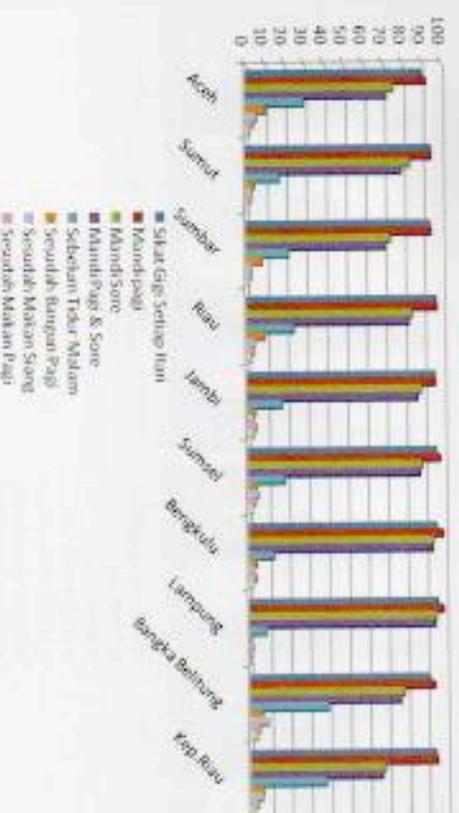
tinggi daripada murid laki-laki dengan kebersihan gigi dan mulut laki-laki lebih baik dari perempuan, hal ini disebabkan karena erupsi gigi pada anak perempuan lebih cepat dari pada anak laki-laki, sehingga gigi anak perempuan lebih lama dalam mulut dan akan cepat terpapar oleh faktor resiko terjadinya karies.

Proses karies (gigi berlubang) maupun periodontitis (infeksi gusi) karena ada interaksi antara tiga faktor yaitu *host* (gigi, gusi, dan ludah), pejamu (bakteri dan plak) dan makanan kariogenik (*sucrose*). Pencegahan penyakit gigi dan mulut sebenarnya sangat mudah, beberapa caranya yaitu memelihara kebersihan gigi dan mulut dengan teratur dan membiasakan menyikat gigi setelah sarapan pagi dan malam sebelum tidur untuk menghilangkan plak dan bakteri. Kebiasaan ini menyebabkan ketika tidur malam gigi dan mulut dalam keadaan tidak bersih karena setelah makan malam tidak menyikat gigi, adanya sisa makanan yang bila dibiarkan terus-menerus akan menyebabkan terjadinya karies. Memperkuat gigi dengan cara pengolesan fluor, dan mengurangi konsumsi makanan yang manis dan melekat serta memperbanyak konsumsi makanan yang berserat untuk menyehatkan gigi dan mulut.

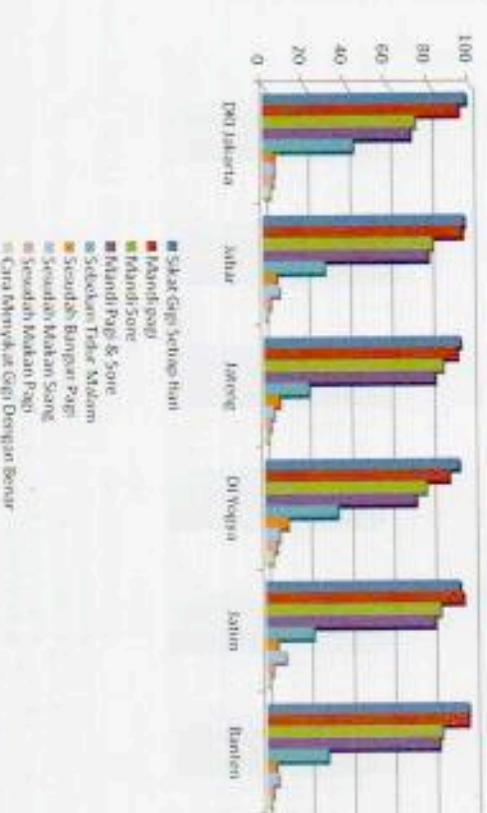
Hasil penelitian menunjukkan bahwa 88,3% responden mempunyai status kebersihan gigi dan mulut pada kategori tidak bersih, hanya 11,7% responden yang mempunyai status kebersihan gigi pada kategori bersih.

Salah satu faktor yang berhubungan langsung dengan proses terjadinya karies adalah kebersihan gigi dan mulut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebersihan mulut menduduki urutan pertama sebagai penyebab timbulnya karies.

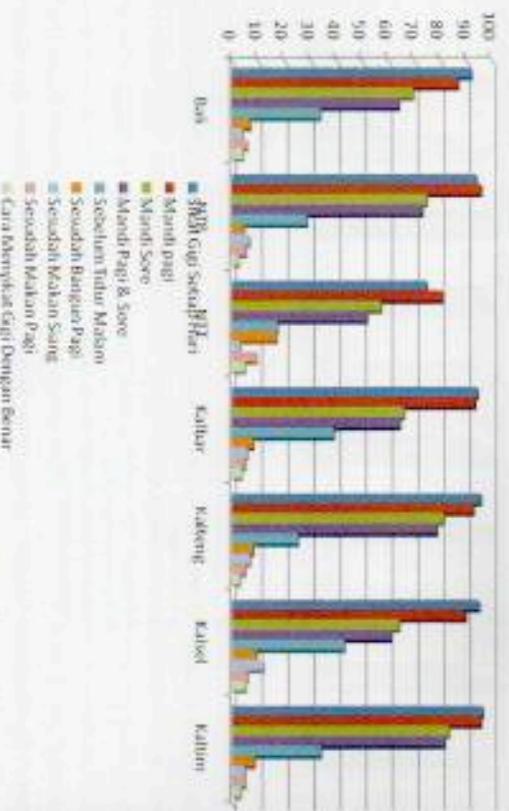
Perilaku masyarakat menurut provinsi di Indonesia waktu menyikat gigi dilakukan setiap hari pada saat mandi pagi, mandi sore, mandi pagi dan sore, sebelum tidur malam, sesudah bangun pagi, sesudah makan siang, sesudah makan pagi dan cara menyikat gigi dengan benar terdapat pada gambar berikut:



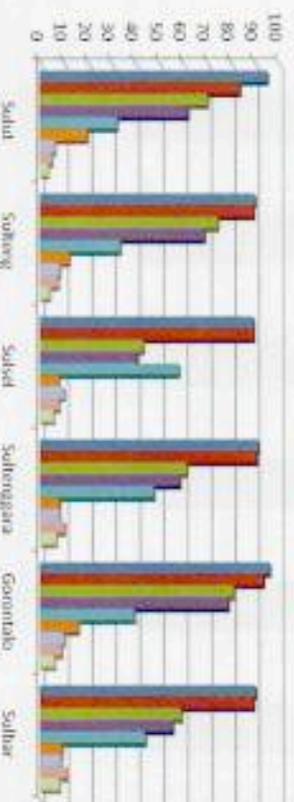
Gambar 7.4 Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Aceh, Sumut, Sumbaw, Riau, Jambi, Sumatra, Bengkulu, Lampung, Bangka Belitung dan Kep Riau di Indonesia, Tahun 2013



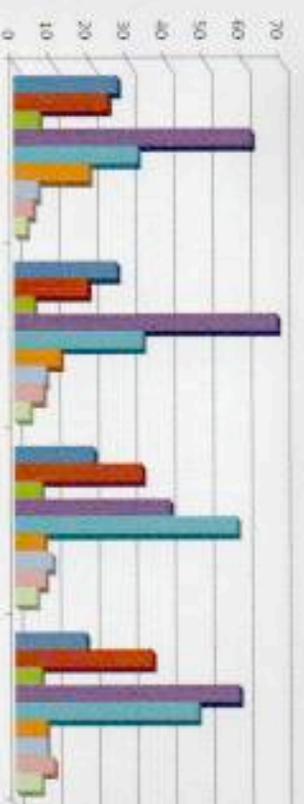
Gambar 7.5 Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi DKI Jakarta, Jabar, Jateng, D. I Yogyakarta, Jatim dan Banten di Indonesia, Tahun 2013. (Jawa)



Gambar 7.6 Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Bali, NTB, NTT, Kaltar, Kalsel, Kalsel dan Kaltim di Indonesia, Tahun 2013



Gambar 7.7 Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi Sulut, Sulteng, Sulsel, Sultenggara, Gorontalo, Sulbar di Indonesia, Tahun 2013



Gambar 7.8 Distribusi Perilaku Masyarakat Berumur ≥ 10 Tahun Waktu Menyikat Gigi Menurut Provinsi di Indonesia, Tahun 2013 (Maluku & Papua)

Berdasarkan gambar 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, dan 7.8 kebiasaan menyikat gigi masyarakat Indonesia dilakukan pada waktu-waktu tertentu, yaitu setiap hari sebanyak 93,8%, pada saat mandi pagi sebanyak 94,2%, pada saat mandi sore sebanyak 79,7%, mandi pagi dan sore sebanyak 77,1% dan sebelum tidur malam sebanyak 27,3%. Sebagian kecil masyarakat ada juga yang menyikat giginya pada waktu bangun pagi sebanyak 6,5%, sesudah makan siang sebanyak 6,2%, sesudah makan pagi sebanyak 3,8% dan perilaku cara menyikat gigi dengan benar sebanyak 2,3%.

PERILAKU SIKAT GIGI SETIAP HARI

Proporsi masyarakat yang berumur ≥ 10 tahun menyikat gigi setiap hari berdasarkan provinsi yang tertinggi sebagian besar di atas rata-rata nasional salah satunya yaitu Provinsi DKI Jakarta 98,1% dan proporsi terendah pada Provinsi Papua 49,6%.

PERILAKU SESUDAH MAKAN PAGI

Masyarakat Indonesia juga melakukan kebiasaan menyikat gigi sesudah makan pagi. Proporsi kebiasaan tersebut berdasarkan urutan tertinggi yaitu Provinsi Sulawesi Barat sebesar 11,3% dan proporsi terendah Provinsi Lampung sebesar 1,2%.

PERILAKU SEBELUM TIDUR MALAM

Proporsi masyarakat Indonesia yang melakukan kebiasaan menyikat gigi sebelum tidur malam sebagian besar di atas rata-rata nasional. Proporsi terbanyak di Provinsi Sulawesi Barat sebanyak 58,0%, disusul Provinsi Sulawesi Tenggara sebanyak 47,6%, kemudian Provinsi DKI Jakarta 43,4% dan yang terendah di Lampung sebesar 1,2%.

PERILAKU CARA MENYIKAT GIGI DENGAN BENAR

Gigi yang bersih adalah gigi yang bebas dari plak serta tidak mempunyai karies. Salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya kebersihan gigi dan mulut pada masyarakat adalah perilaku cara menyikat gigi yang masih belum benar. Kebiasaan cara menyikat gigi yang keliru, proporsinya hampir merata tinggi di seluruh provinsi di Indonesia, yakni sebanyak 97,7%. Waktu menyikat gigi yang benar adalah setelah makan pagi dan sebelum tidur malam, kebiasaan menyikat gigi dengan benar penduduk Indonesia hanya 2,3%. Provinsi tertinggi untuk perilaku menyikat gigi dengan benar di Provinsi Sulawesi Barat 8,0%. Untuk perilaku benar dalam menyikat gigi berkaitan dengan faktor gender, ekonomi dan daerah tempat tinggal.

PERAN KADER KESEHATAN DALAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN GIGI

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan gigi dan mulut, merupakan salah satu cara untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan, salah satu diantaranya dengan pemberdayaan kader kesehatan. Kegiatan yang dilakukan lebih diarahkan pada pelayanan promotif, preventif dan rujukan kesehatan gigi dan mulut. Upaya yang dilakukan pada kesehatan berbasis masyarakat diantaranya, posyandu dengan sasaran kelompok resiko tinggi meliputi anak usia balita, anak usia pendidikan dasar, ibu hamil dan menyusui, kelompok usia lanjut.

Konsep upaya kesehatan gigi masyarakat mandiri adalah wujud upaya kesehatan bersama masyarakat (UKBM) didalamnya termasuk kesehatan gigi dan mulut yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat atas dasar musyawarah dalam rangka meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masyarakat. Meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap penyakit dan masalah kesehatan gigi dan mulut. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong diri sendiri dalam bidang kesehatan gigi dan mulut. Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Meningkatkan

dakungan dan peran aktif berbagai pihak yang bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat.

Pemberdayaan kader posyandu dan kader PKK sebagai kader kesehatan gigi dan mulut sudah ada di setiap wilayah kelurahan setempat. Peran serta masyarakat dengan pemberdayaan kader kesehatan yang ada di posyandu, dengan harapan akan lebih memudahkan dan tepat sasaran. Sedangkan manfaat posyandu bagi kader yaitu kader mendapatkan berbagai informasi kesehatan lebih dahulu dan lebih lengkap. Kader ikut berperan secara nyata dalam tumbuh kembang anak balita, kesehatan ibu serta kesehatan gigi ibu dan anak. Citra diri kader meningkat di mata masyarakat sebagai orang yang terpercaya dalam bidang kesehatan dan menjadi panutan karena telah mengikuti demi pertumbuhan anak dan kesehatan ibu.

Mengingat program posyandu selama ini telah berhasil dengan program keluarga berencana, peningkatan gizi masyarakat, kesehatan ibu dan anak dengan lima meja pelayanan. Maka kader-kader yang sudah ada dapat diberdayakan untuk sekaligus menjadi kader kesehatan gigi. Mengingat kader kesehatan sebagai tugas bakti sosial, sedikit sekali orang ingin menjadi kader sehingga sebagian besar perekrutan kader diambil dari ibu-ibu PKK desa. Kader yang telah terbentuk selama ini dalam bidang kesehatan secara umum, dan terkonsentrasi sebagai kader posyandu. Agar kader mampu menjalankan tupoksinya, khususnya bidang kesehatan gigi, maka di berikan pelatihan atau penyuluhan materi minimal terdiri dari tiga bagian mengenai *kognitif* (pengetahuan), *afektif* (sikap) dan *psikomotor* (keterampilan) dan khususnya bidang kesehatan gigi. Tidak cukup para kader kesehatan tahu tentang informasi atau ilmu tapi tidak terampil atau tidak cukup tanpa aktualisasi dalam bentuk *afektif* (sikap). Tetapi para kader harus tahu tentang suatu penyakit, dapat atau terampil mencegah, mengatasi penyakit dan dapat bersikap tepat. Sehingga diharapkan kader kesehatan dapat meningkatkan perilaku sehat gigi dalam program posyandu dan dapat menunjuk kasus-kasus gigi ke puskesmas.

Perilaku sehat gigi kader dapat memengaruhi masyarakat diwilayahnya untuk berperilaku sehat sehingga kader dapat menjadi contoh dan panutan. Hasil penelitian semakin tinggi kemampuan aktif kader kesehatan akan memberikan efek peningkatan perilaku sehat gigi pada kader kesehatan.

Peran kader kesehatan gigi yaitu meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait pemeliharaan gigi melalui pendekatan langsung ke warga di kelurahan/RW/RT dengan memantapkan struktur yang ada seperti ketua RT/RW, PKK, Toga, Tonna, remaja masjid dan sebagainya melalui pertemuan atau diskusi langsung dengan masyarakat. Melakukan identifikasi potensi sakit gigi. Melatih kembali kader peduli gigi yang

ada dimasyarakat agar jumlah kader bertambah banyak. Membantu mempromosikan layanan puskesmas, khususnya gigi. Merujuk warga atau sebagai populasi kunci ke puskesmas atau RS untuk mendapatkan layanan sakit. Menggalang kegotongroyongan masyarakat untuk membantu biaya warga atau populasi kecil yang akan melakukan pengobatan yang disertai tindakan. Memberitahukan kegiatan kepada kepala puskesmas dan melakukan pelaporan rutin. Melakukan rapat rutin kader sewilayah puskesmas setempat.

Maka khusus untuk para kader kesehatan gigi materi dasar tentang kesehatan gigi yang perlu diberikan yaitu tentang cara menggosok gigi, merawat kesehatan gigi ibu dan anak, mencegah terjadinya penyakit gigi, mengenal beberapa macam penyakit gigi, makanan dan minuman yang dapat merusak gigi serta obat-obatan gigi tradisional.

Ada beberapa indikator keberhasilan kerja kader yaitu kader ada dan aktif serta cenderung bertambah di setiap RW di Kelurahan wilayah kerja puskesmas. Membentuk kepengurusan kader dan memiliki program kerja. Kader memberikan laporan kepada ketua kader yang akan dilaporkan ke puskesmas, lurah, KPAK dan akan dilanjutkan ke Dinkes Kota dan Provinsi serta KPAP. Para kader sebenarnya bekerja sebagai bakti sosial karena belum ada anggaran khusus tetapi kepeduliannya untuk mewujudkan masyarakat tetap hidup sehat. Teknis dan metode penyuluhan kader dengan ceramah, demonstrasi dan tanya jawab. Mengingat mayoritas kader adalah para ibu PKK desa, pendidikannya tidak tinggi, usianya tidak muda lagi, tentu saja daya pikir dan daya ingat sudah berkurang, maka perlu disiasati secara bijak dan sabar. Melalui metode ceramah, narasumber menjelaskan secara rinci dan sistematis tentang informasi atau ilmu. Alat bantu yang visual audio (pandang-dengar) sangat efektif bagi kader untuk memberikan gambaran yang konkret. Tawangkan berupa gambar yang beraneka warna dan hidup. Di sela ceramah variasikan dengan demonstrasi atau peragaan langsung oleh para kader. Pada saat peragaan bimbing langsung apabila para kader melakukan kesalahan. Karena ketidaktahuan atau keraguan para kader, pada akhirnya akan dianggap benar membiarkan kesalahan kecil yang diperagakan oleh kader. Berikan kesempatan bertanya yang luas kepada para kader agar para kader tidak bingung. Usahakan di setiap penyuluhan, para kader memahami semua materi. Materi yang telah diberikan harus diulang kembali dalam interval waktu sekitar tiga bulan. Hal ini dilakukan untuk mencegah lupa atau ragu dan perlu dilakukan proses pengulangan materi. Pilihlah seorang kader yang paling memahami materi yang telah dibahas untuk menjelaskan ulang kepada teman-teman kader. Narasumber utama (paramedis atau dokter) tinggal memperhatikan dan memberikan

bimbingan. Sebaiknya pertemuan rutin diselenggarakan sebulan sekali. Waktu pelaksanaan pagi hari dan bertempat di balai desa atau puskesmas. Pilihlah waktu pada pagi hari sebagai penyisihan bahwa otak masih segar, serta fisik dan psikis pun masih segar.

Pasca penyuluhan atau diklat kesehatan gigi masyarakat oleh kader kesehatan (kader gigi) diugaskan untuk mensosialisasikan program kesehatan gigi di puskesmas. Para kader juga melakukan penyuluhan kepada masyarakat luas dengan cara *door to door* atau dari rumah ke rumah, atau melalui kader desa wisma, atau melalui pertemuan rutin di RT, RW atau desa. Seluruh kader dibekali dengan modul penyuluhan materi pemeliharaan kesehatan gigi serta bahan penyuluhan seperti buku saku atau buku pintar yang sederhana, poster maupun dental kit untuk menghindari kehilangan informasi. Para kader juga dibekali dengan beberapa gambar konkret yang dapat memudahkan masyarakat memahami materi yang disajikan oleh para kader.

Dengan demikian akan memudahkan para kader untuk mensosialisasikan pengetahuan dan keterampilan yang telah mereka dapatkan kepada masyarakat. Sehingga diharapkan nantinya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat akan pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta menurunnya angka insiden penyakit gigi di masyarakat.

KONDISI KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

Pengalaman karies pada penelitian epidemiologis telah membuktikan adanya hubungan antara pengalaman karies dengan perkembangan karies di masa mendatang. Sensitivitas parameter ini hampir mencapai 60%. Prevalensi karies pada gigi desidui dapat memprediksi karies pada gigi permanen. Lamanya waktu yang dibutuhkan karies untuk berkembang menjadi suatu kavitas atau lubang gigi cukup bervariasi, diperkirakan 6-48 bulan. Bahwa kondisi karies gigi dengan proporsi karies gigi aktif menurut provinsi secara nasional sebanyak 53,2% dengan provinsi yang tertinggi karies aktifnya di Provinsi Kalimantan Barat 71,7% dan karies aktif yang terendah di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebanyak 31,3%. Menurut pengalaman karies secara nasional sebanyak 72,3% dengan provinsi yang tertinggi pengalaman kariesnya di Provinsi Kalimantan Selatan 88,9% dan yang terendah di Provinsi Papua Barat 53,0%.

Proses karies terjadi melalui interaksi empat faktor yaitu gigi, mikroorganisme, substrat dan waktu. Dari keempat faktor tersebut sangat ditentukan oleh kebiasaan seseorang memakan makanan yang mengandung karbohidrat terutama sukrosa dan tidak menyikat gigi atau kumur-kumur

setelah makan, maka sisa makanan yang tertinggal pada permukaan gigi akan dfermentasikan oleh mikroorganisasi plak menjadi asam sehingga dapat melarutkan email dan mempercepat proses perkembangan karies. Kebersihan gigi yang tidak baik mempunyai resiko yang tinggi terhadap terjadinya karies dan sebaliknya. Makanan yang mudah melekat pada permukaan gigi dapat mempercepat terjadinya karies dan perkembangan karies sangat dipengaruhi oleh sisa makanan yang tertinggal di dalam mulut dalam waktu yang lama.

Guna menjaga kesehatan gigi khususnya agar gigi tidak berlubang, kita harus selalu menyikat gigi minimal dua kali sehari setelah makan yaitu, setelah sarapan pagi dan setelah makan malam atau sebelum tidur. Mana yang benar? Berbagai penelitian memperlihatkan bahwa pH akan kembali normal setelah 20-30 menit setelah makan. Dapat dikatakan bahwa masa 20-30 menit setelah kita makan makanan karbohidrat (mengandung gula) merupakan saat sangat rentan untuk terjadinya kerusakan gigi. Penyikatan gigi pada saat derajat keasaman dalam mulut masih pada tingkat kritis ini akan menambah kerusakan permukaan gigi. Jadi, disarankan untuk tidak menyikat gigi segera setelah makan, lebih baik menunggu sekitar setengah jam sesudah makan. Tujuan menyikat gigi adalah membersihkan mulut dari sisa makanan agar fermentasi sisa makanan tidak berlangsung terlalu lama, sehingga kerusakan gigi dapat dihindari. Bila kita menyikat gigi dengan benar, permukaan gigi juga bersih dari plak. Tetapi sekali lagi, plak akan senantiasanya terbentuk dari waktu ke waktu. Memang, tak ada salafnya menyikat gigi ketika mandi pagi atau sore hari. Namun, manfaatnya lebih untuk memelihara kesegaran mulut. Manfaatnya dalam pemeliharaan gigi tidaklah besar. Masalahnya sekarang bahwa plak pada gigi telah terbuang setelah penyikatan gigi. Agar plak gigi hilang perlu cara menyikat gigi yang benar. Plak tidak dapat dilibat dengan mata telanjang, mungkin saja plak tidak pernah hilang benar walaupun rajin menyikat gigi namun tidak ada salafnya menyikat gigi dengan benar dan pada waktu yang tepat.

Kondisi kesehatan gigi dan mulut di Indonesia yang terbanyak adanya karang gigi, secara nasional sebanyak 67,2% masyarakat Indonesia mempunyai karang gigi. Karang gigi adalah permukaan gigi yang lama tidak dibersihkan sehingga menyebarkan memuncuknya kotoran atau sisa makanan dan berkumpunya bakteri dalam mulut yang dapat berkembang biak dan menghasikan bahan metabolisme sehingga lama kelamaan akan mengeras. Karang gigi melekat erat pada permukaan gigi sehingga dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan gusi yang disebut gingivitis.

Prevalensi masyarakat Indonesia yang tidak menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis) sebanyak 68,9%. Faktor yang memengaruhinya ialah

kurangnya program deteksi dini penyakit kesehatan gigi dan mulut yang dilakukan oleh pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Puskemas). Dokter gigi atau perawat gigi yang ada di Puskesmas selama ini jarang menjemput bola dengan melakukan survei atau *skrinning* data kesehatan gigi dan mulut di wilayah kerjanya dan cenderung menunggu secara pasif kunjungan masyarakat. Akibatnya banyak keluhan kesehatan masyarakat terhadap penyakit gigi dan mulut yang tidak tersalurkan dan seolah-olah seperti gunung es, yaitu yang muncul dipermukaan lebih sedikit dibandingkan kenyataan yang ada dilapangan.

USAHA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT (UKGM)

UKGM adalah suatu pendekatan edukatif untuk meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam memelihara kesehatan gigi dan mulut melalui upaya promotif dan preventif. Posyandu memiliki peran penting sebagai salah satu kegiatan sosial bagi ibu untuk memantau tumbuh kembang balita, termasuk proses tumbuh kembang gigi-geligi anak. Pemerintah, melalui posyandu, berusaha memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan gigi primer dengan menyelenggarakan Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD). Akan tetapi pelaksanaan UKGMD tersebut sering terkendala keterbatasan fasilitas dan kurangnya kemampuan kader. Pelaksanaan UKGMD membutuhkan alat dan sarana seperti *dental diagnostic set* serta bahan habis pakai (alkohol, kapas, sarung tangan) yang masih terkendala alokasi dana untuk penyelesaiannya. Selain itu pula, letak wilayah yang berada di pusat kota, membuat masyarakat lebih memilih langsung pergi ke tempat layanan kesehatan atau dokter gigi apabila merasa mengalami keluhan masalah kesehatan gigi daripada berkonsultasi terlebih dahulu dengan kader di posyandu. Tugas kader posyandu memberikan penyuluhan terkait dengan kesehatan ibu dan anak serta kader harus memiliki pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut pada ibu dan anak sebagai bagian dari kesehatan ibu dan anak secara umum. Pelatihan atau penyegaran mengenai pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak, tidak hanya khusus bagi kader UKGMD saja. Kader posyandu secara umum juga dapat diberi pelatihan tersebut untuk menambah pengetahuan dan kemampuan kader, sehingga walaupun posyandu tidak memiliki program UKGMD, kader tetap mampu melayani masyarakat yang membutuhkan bantuan seperti permasalahan tumbuh kembang gigi dan mulut anak.

Untuk memperluas cakupan pelayanan mandiri kesehatan gigi dalam upaya promotif dan preventif dapat dilakukan dengan cara perbaikan terhadap hubungan lintas sektor dan lintas program terkait. Sehingga

pelayanan kesehatan gigi dan mulut masyarakat tidak hanya di posyandu tetapi dapat juga di sekolah dimulai dari Sekolah Dasar kemudian dapat dikembangkan ke Sekolah Menengah Pertama yang berdekatan. Tidak tertutup kemungkinan bahwa ditingkat yang lebih luas, pola pendayagunaan pada perawat gigi dan dokter gigi ini dapat dikembangkan sehingga terjadi replikasi pelayanan serupa di kabupaten, provinsi lain bahkan di seluruh Indonesia.

PERILAKU MASYARAKAT DALAM PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DI INDONESIA

Kebiasaan yang keliru perilaku cara menyikat gigi, hampir merata tinggi di seluruh provinsi di Indonesia sebanyak 97,7%. Semakin baik perilaku membersihkan gigi, maka semakin baik tingkat kebersihan gigi dan mulut, sebaliknya semakin jelek perilaku membersihkan gigi, semakin jelek pula tingkat kebersihan gigi dan mulutnya (8). Melakukan pendekatan kepada masyarakat dalam hal memberikan informasi/penyuluhan tentang kesehatan gigi dan mulut dan memberitahu apa pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut, kemungkinan besar masyarakat hanya sebagai mengetahui tetapi tidak mengerti atau memahami apa yang sebaiknya masyarakat lakukan. Jadi harus memengaruhi emosi masyarakat dengan hal yang nantinya akan memberikan dampak positif bagi perilaku masyarakat yaitu dengan menyatakan bahwa sakit gigi dapat menyebabkan penyakit jantung dan kencing manis (*Focal Infection*) sehingga masyarakat diharapkan akan berusaha menghindari penyakit tersebut dengan cara mulai menjaga dan merawat kesehatan gigi dan mulut.

75,0% penduduk Indonesia mengalami riwayat karies gigi dengan tingkat keparahan gigi prevalensi nasional Indeks DMF-T adalah 4,6 (sebesar 5 gigi setiap orang) (9). Terdapat 15 provinsi yang DMFT nya berada di atas rata-rata nasional yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DIY Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Barat (10). Data prevalensi masalah kesehatan gigi dan mulut yang diketahui dari hasil wawancara dengan masyarakat menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia tidak sampai sepelempat populasi yang merasa bahwa kesehatan gigi dan mulut mereka bermasalah sedangkan hal ini bertentangan dengan data prevalensi karies aktif ($D>0$) yang menunjukkan hampir separuh populasi mempunyai karies aktif dengan rata-rata indeks DMFT yang masih diatas 4 yaitu masih masuk kategori tinggi berdasarkan kriteria WHO. Rendahnya angka keluhan masyarakat terhadap kesehatan gigi dan mulut bisa disebabkan karena beberapa faktor yaitu karena masyarakat masih mengabaikan kesehatan gigi

dan mulutnya yaitu hanya berkunjung ke dokter gigi jika sudah merasakan sakit dan jarang memeriksakan kesehatan gigi dan mulutnya secara rutin, faktor penyebab lainnya yaitu masih rendahnya pengetahuan dan tingkat pendidikan masyarakat Indonesia tentang penyakit gigi dan mulut, banyak penelitian yang menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan karies gigi dan penyakit periodontal (11).

PERAN KADER KESEHATAN DALAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN GIGI

Kader adalah proses usaha masyarakat digabungkan dengan usaha pemerintah untuk meningkatkan keadaan ekonomi, sosial dan budaya masyarakat serta untuk mengintegrasikan masyarakat dalam kehidupan bangsa yang memungkinkan mereka untuk ikut berkontribusi dalam perkembangan bangsa.

Secara global para kader adalah pelaksana pembantu UKM (upaya kesehatan masyarakat) dan sekaligus pelaksana UKP (upaya kesehatan perorangan). Peran kader adalah meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait pemeliharaan gigi melalui pendekatan langsung ke warga di kelurahan/RW/RT atau desa dengan memanfaatkan struktur yang ada melalui pertemuan langsung dengan masyarakat. Melakukan identifikasi potensi sakit gigi, melatih kembali kader peduli sehat gigi yang ada dimasyarakat agar jumlah kader bertambah banyak, membantu mempromosikan layanan puskesmas, khususnya gigi, merujuk warga ke puskesmas untuk mendapat layanan, memberitahukan kegiatan kepada kepala puskesmas dan melakukan pelaporan rutin, melakukan rapat rutin kader sewilayah puskesmas setempat.

Program yang dilakukan untuk memperbaiki perilaku kesehatan gigi dan mulut dapat berupa penyuluhan, pelatihan kader kesehatan gigi dan mulut, dan lain-lain. Untuk menghindari miss informasi, kader diberikan buku saku atau buku pintar yang sederhana dalam bentuk gambar sehingga dapat memudahkan masyarakat memahami materi yang disajikan oleh para kader. Para kader gigi diberikan materi dasar tentang kesehatan gigi yaitu cara menggosok gigi, merawat kesehatan gigi ibu dan anak, mencegah terjadinya penyakit gigi, tentang obat gigi tradisional, mengenal beberapa macam penyakit gigi, makanan dan minuman yang dapat merusak gigi. Keaktifan para kader dalam gerakan kader kesehatan, telah memperoleh payung hukum yang tertuang pada sistem kesehatan nasional tahun 1982 dan Undang - Undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

KESIMPULAN

Cara merubah perilaku masyarakat diarahkan pada penanaman kesadaran akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut, disamping itu masyarakat juga memerlukan edukasi tentang kesehatan gigi dan mulut. Masyarakat harus sadar bahwa perawatan gigi dan mulut merupakan tindakan yang segera dan tidak dapat dianggap remeh. Hal ini juga dapat dilakukan oleh kader posyandu dalam melakukan pendekatan persuasif kepada masyarakat sehingga masyarakat dapat lebih menerapkan kesehatan gigi dan mulut pada kehidupannya sehari-hari.

Sebagian besar perilaku kebiasaan masyarakat Indonesia pada waktu menyikat gigi dilakukan setiap hari sebanyak 93,8%, pada saat mandi pagi sebanyak 94,2%, pada saat mandi sore sebanyak 79,7%, mandi pagi dan sore sebanyak 77,1% serta sebelum tidur malam sebanyak 27,3%. Sebagian kecil masyarakat ada juga yang waktu menyikat giginya pada waktu bangun pagi, sesudah makan siang, sesudah makan pagi dan perilaku cara menyikat gigi sebagian besar masih salah yaitu sebanyak 97,7%.

Permasalahan kesehatan gigi dan mulut telah meluas hingga separuh dari seluruh provinsi yang ada di Indonesia dan terlihat adanya provinsi-provinsi yang perlu mendapatkan perhatian lebih dari pemerintah karena memiliki prevalensi karies aktif dan indeks DMFT yang tetap tinggi dari tahun 2007-2013. Provinsi tersebut untuk daerah Sumatera yaitu Provinsi Jambi dan Sumatera Barat, untuk daerah Jawa yaitu Provinsi DI Yogyakarta dan Jawa Timur, hampir seluruh Provinsi di Kalimantan serta Provinsi di Sulawesi memiliki permasalahan kesehatan gigi dan mulut yang kompleks.

Keberhasilan program Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM) dapat terwujud apabila dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektoral, terarah dan berkesinambungan. Para kader kesehatan selain memberdayakan masyarakat juga berperan aktif membantu pelaksanaan kegiatan program kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas dengan melakukan kegiatan promotif.

SARAN

Bagi tenaga kesehatan yang terkait agar meningkatkan pendidikan kesehatan gigi dan mulut melalui upaya promotif dan preventif yang terencana dan berkesinambungan serta meningkatkan penanaman kebiasaan pemeliharaan diri dibidang kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat. Perlu dilakukan sosialisasi secara berkelanjutan tentang pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut bagi masyarakat. Disarankan kepada para kader posyandu setiap selesai melaksanakan tugas penyuluhan kesehatan gigi dan mulut kepada

masyarakat luas agar memberikan hasil laporan kegiatan secara tertulis ke puskesmas, sehingga puskesmas dapat memindaklanjuti terutama bagi masyarakat yang harus dilakukan rujukan dari posyandu ke puskesmas dan bila perlu harus dirujuk ke rumah sakit.

BIBLIOGRAFI

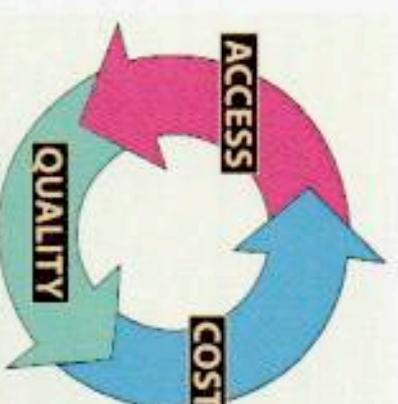
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
Republik Indonesia. 2007. *Undang-Undang tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional*. UU no. 17 tahun 2007.
- Sulistiyani, A. T. 2004. *Kontribusi dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gava Media. Nawalah, H. Omarudin, M. B. dan Hargono, R. 2012. *Desa Siaga: Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Melalui Peran Bidan di Desa*. The Indonesia Journal of Public Health, vol. 8, no. 3, Maret, hlm. 9-98, Surabaya.
- Yustina, I. dan Sudradjat, A (ed.). 2003. *Pemerdayaan Masyarakat*. Dalam *Membentuk Pola Perilaku Manusia Pembangunan*. Bogor: IPB Press.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Rencana Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kelembutan Gigi Keluarga*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanaan Medik.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2007. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. 2014. Pusat Data & Informasi, Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2012. *Riset Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang tentang Kesehatan*. UU no. 36 tahun 2009.
- <http://www.kompasiana.com/de-be/93-juta-lebih-penduduk-indonesia-menderita-karies-aktif-12-September-2014>
- Republik Indonesia. 2004. *Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran*. UU no. 29 tahun 2004.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Buku Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat*. Cetakan Ketiga. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Rahina, Y. 2003. *Prevalensi Karies Anak-Anak Pra Sekolah di TK Saraswati Denpasar*. 2002. *Jurnal Kedokteran Gigi Mahasiswa*.
- Antasari, S. dan Rahayu, N. E. 2005. *Hubungan Frekuensi Menyikat Gigi*

Mengenal Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat

Ninieck Lely Pratiwi, Hari Basuki

PENDAHULUAN

Sebelum membahas kebijakan kesehatan seharusnya kita mengenal terlebih dahulu apa yang di maksud dengan sistem kesehatan. Menurut WHO, 2000 sistem kesehatan adalah semua kegiatan yang tujuan utamanya untuk meningkatkan, mengembalikan dan memelihara kesehatan. Cakupannya meliputi *Formal Health Services* yang mencakup pula: Promosi Kesehatan, Pelayanan kesehatan oleh tenaga medik profesional, Pengobat tradisional, Pengobatan Alternatif. Pendekatan Sistemik yang biasa digunakan ada dua cara yaitu: (1) identifikasi komponen pembentuk sistem; dan (2) menganalisis *interconnection*, saling keterkaitan antar komponen dalam pola tertentu. Gambar 8. 1 menunjukkan suatu sistem kesehatan di bawah ini.



Gambar 8.1. Sistem kesehatan dapat berjalan dengan baik, bila ke tiga faktor tersebut berjalan beriringan

- Dengan Tingkat Kebersihan Gigi Dan Mulut Siswa Sekolah Dasar Negeri Di Kecamatan Palaran Kalimantan Selatan Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. *Dental Journal*, vol. 38, no. 2, hlm. 88.
- Widi, E. R. 2003. Hubungan Perilaku Membersihkan Gigi Terhadap Tingkat Kebersihan Mulut Siswa Sekolah Dasar Negeri Wilayah Kerja Puskesmas Gladak Paken Kabupaten Jenjer. JKGI.
- Okarina, dkk. 2016. Hubungan Perilaku Ibu yang Mempunyai Anak Usia Sekolah TK Terhadap Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut di Kecamatan Kembangan, Kota Surabaya. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, vol. 19 no. 2, April, Surabaya.
- Sundoro, S. 2005. *Karies Dan Pencegahannya*. Jakarta: Menara Agung.
- Egri, M. and Gunay, O. 2004. *Association Between Some Educational Indicators and Dental Caries Experience of 12 Year Old Children in Developing Countries: an Ecological Approach*. *Community Dent Health*. September, vol. 21, no. 3, pp. 227-9.
- Nurchasanah, S. 2006. *Hubungan lensa Kelamin, Tempat Tinggal, Pengetahuan, Sikap, Perilaku Pencegahan Dan Dukungan Orangtua Dengan Status Kesehatan Gigi Siswa Sekolah Dasar Di Kabupaten Semarang*. Tesis. Yogyakarta: FK-UGM.
- Setiawan, Ma'Ruf, M.T., Syahrul, D., dan Triadnya, P. 2000. *Tingkat Kebersihan Mulut dan Karies di Sumba Barat*. Ceril VII, FKCG UGM, Yogyakarta.
- Suwelo, I. S. 2005. *Karies Gigi Pada Anak*. Jakarta: ECC.
- Kidd, E. dan Bechal, S. J. 2002. *Dasar-dasar Karies* (Terjemahan). Jakarta: ECC.
- Kementerian Kesehatan. 2012. *Buku Panduan Pelatihan Kader Kesehatan Gigi dan Mulut di Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pratiwi, N. L., dan Pradopo, S. 2006. *Pengaruh Self Efficacy Terhadap Peningkatan Kemampuan Aktif Kader Kesehatan dan Dampak pada Perilaku Sehat Gigi melalui Model Deteksi OHI-S, DMFT Indeks*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, vol. 9 no. 1, Januari, Surabaya: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Handayanawati, H. 2002. *Hubungan Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Gangguan pada Sistem Sekolah Dasar Kelas V*. JKGU. Jakarta, *Buletin PPSDM Kesehatan Edisi 5/X/2000*.
- Kumar, A., Viridi, M., Veeresha, K., dan Bansal, V. 2009. *Oral Health Status and Treatment Needs of Rural Population of Anbada, Haryana, India*. *The Internet Journal of Epidemiology*, vol. 8, no. 2.
- _____. 2006. *Buku Pegangan Lembaga Pembina Posyandu*. Probolinggo: Pemerintah Kabupaten Probolinggo.

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya (WHO, 1996). WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai berikut:

Health system is defined as all activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health. Formal Health services, including the professional delivery of personal medical attention, are clearly within these boundaries. So are actions by traditional healers, and all use of medication, whether prescribed by provider or no, such traditional public health activities as health promotion and disease prevention, and other health enhancing intervention like road and environmental safety improvement, specific health-related education, are also part of the system.

Apa Saja Elemen-Elemen Sistem Kesehatan?

Berdasarkan pengertian bahwa *System is interconnected parts or elements in certain pattern of work*, maka di sistem kesehatan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem yang berupa aktor-aktor pelaku; dan (2) *interconnection* berupa fungsi dalam sistem yang saling terkait dan dimiliki oleh elemen-elemen sistem. Secara universal fungsi di dalam Sistem Kesehatan berdasarkan berbagai referensi dapat dibagi menjadi:

- Regulator dan/atau *stewardship*
- Pelayanan Kesehatan
- Pembiayaan Kesehatan
- Pengembangan Sumber Daya

Beberapa aktor yang ada

Pemerintah yang terdiri atas pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Aktor pemerintah banyak berperan sebagai regulator dan *steward* dalam sistem kesehatan. Dalam pelaksanaan suatu sistem kesehatan diperlukan berbagai kebijakan, baik kebijakan yang sifatnya skala nasional atau mayor, maupun kebijakan teknis, atau minor. Pemerintah dalam menjalankan fungsinya memerlukan berbagai kebijakan. Baik dalam upaya pelayanan kesehatan maupun pembiayaan kesehatan dan sebagainya.

Kebijakan Kesehatan (*Health Policy*): segala sesuatu untuk memengaruhi berbagai faktor penentu di sektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat; dan bagi seorang dokter kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan (Wall, 1994).

Pentingnya Kebijakan kesehatan

- Sektor kesehatan merupakan bagian penting perekonomian di berbagai negara
- Kesehatan mempunyai posisi yang lebih istimewa dibandingkan dengan masalah sosial yang lainnya
- Kesehatan dapat dipengaruhi oleh sejumlah keputusan yang tidak ada kaitannya dengan pelayanan kesehatan (misal: kemiskinan, polusi)
- Memberi arahan dalam pemilihan teknologi kesehatan.

Pengembangan otonomi daerah yang diarahkan pada partisipasi aktif dari masyarakat sangat sesuai dengan konsep yang ditawarkan oleh *Community Development (CD)*.

Kesesuaian antara kebijakan pemerintah dengan konsep pemberdayaan masyarakat seperti CD ini membutuhkan pendekatan yang tepat dalam mengimplementasikannya. Pendekatan dalam pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari sudut pandang *Deficit Based* dan *Strength Based*. Pendekatan *Deficit Based* terpusat pada berbagai macam permasalahan yang ada serta berbagai cara penyelesaiannya. Keberhasilannya tergantung pada adanya identifikasi dan diagnosis yang jelas terhadap masalah, penyelesaian cara pemecahan yang tepat, serta penerapan cara pemecahan tersebut. Dalam pelaksanaannya, pendekatan ini bisa menghasilkan sesuatu yang baik, tetapi tidak tertutup kemungkinan terjadinya situasi saling menyalahkan atas masalah yang terjadi. Di sisi lain, pendekatan *Strength Based* (Berbasis kekuatan) dengan sebuah produk metode *Appreciative Inquiry* terpusat pada potensi-potensi atau kemampuan-kemampuan yang dimiliki oleh individu atau organisasi untuk menjadikan hidup lebih baik. *Appreciative Inquiry* merupakan sebuah metode yang mentransformasikan kapasitas sistem manusia untuk perubahan yang positif dengan memfokuskan pada pengalaman positif dan masa depan yang penuh dengan harapan (Cooperrider dan Srivastava, 1987; Cooperrider dkk., 2000; Fry dkk., 2002; Ludema dkk., 2000, dalam Cergem dkk., 2004).

KEBIJAKAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Berbagai kebijakan dalam bidang pemberdayaan masyarakat telah banyak digulirkan oleh Kementerian Kesehatan, kebijakan pemberdayaan masyarakat diantaranya adalah:

1. Kebijakan Pemerintah tentang pemberdayaan masyarakat secara tegas tertuang didalam GBHN Tahun 1999, serta UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah. Didalam GBHN Tahun 1999, khususnya didalam "Arah Kebijakan Pembangunan Daerah", antara lain dinyatakan "Mengembangkan otonomi daerah secara luas, nyata dan bertanggung jawab dalam rangka pemberdayaan masyarakat, lembaga ekonomi, lembaga politik, lembaga hukum, lembaga keagamaan, lembaga adat dan lembaga swadaya masyarakat, serta seluruh potensi masyarakat dalam wadah NKRI".
2. UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah, antara lain ditegaskan bahwa "Hal-hal yang mendasar dalam undang-undang ini adalah mendorong untuk memberdayakan masyarakat, menumbuhkembangkan prakarsa dan kreativitas, serta meningkatkan peran serta masyarakat".
3. Mencermati rumusan kebijakan pemerintah didalam dua dokumen kebijakan tersebut, dapat disimpulkan bahwa "kebijakan pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kebijakan otonomi daerah". Setiap upaya yang dilakukan dalam rangka pemberdayaan masyarakat akan secara langsung mendukung upaya pemertapan dan penguatan otonomi daerah, dan setiap upaya yang dilakukan dalam rangka pemertapan dan penguatan otonomi daerah akan memberikan dampak terhadap upaya pemberdayaan masyarakat.
4. Pada UU Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) Tahun 2000-2004 dan Program Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dinyatakan bahwa tujuan pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan keberdayaan masyarakat melalui penguatan lembaga dan organisasi masyarakat setempat, penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial masyarakat, peningkatan keswadayaan masyarakat luas guna membantu masyarakat untuk meningkatkan kehidupan ekonomi, sosial dan politik.

Visi Pemberdayaan Masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat. (Penjelasannya adalah bahwa kemandirian masyarakat merupakan suatu kondisi dinamis yang memungkinkan masyarakat mampu membangun diri dan lingkungannya berdasarkan potensi, kebutuhan aspirasi dan kewenangan yang ada pada masyarakat sendiri

dengan difasilitasi oleh pemerintah dan seluruh *stakeholders* pemberdayaan masyarakat).

Misi Pemberdayaan Masyarakat adalah "mengembangkan kemampuan dan kemandirian masyarakat untuk berperan aktif dalam pembangunan, agar secara bertahap masyarakat mampu membangun diri dan lingkungannya secara mandiri", melalui:

- Peningkatan keswadayaan masyarakat
- Pemanfaatan nilai-nilai sosial budaya masyarakat
- Pengembangan usaha ekonomi masyarakat
- Peningkatan pemanfaatan sumber daya alam yang berwawasan lingkungan
- Peningkatan pemanfaatan Teknologi Tepat Guna sesuai dengan kebutuhan masyarakat

Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat adalah: "Mengembangkan kemandirian masyarakat dalam seluruh aspek kehidupannya, melalui pemberdayaan masyarakat dalam aspek ekonomi, sosial budaya, politik dan lingkungan hidup.

Berbagai Strategi Pemberdayaan Masyarakat adalah:

- Pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat
- Pengembangan aspirasi dan partisipasi masyarakat
- Pengorganisasian dan pembentukan masyarakat
- Pemberdayaan Masyarakat perkotaan dan pedesaan
- Berpijak pada pengembangan ekonomi rakyat
- Pendekatan lintas sektor dan program
- Mendayagunakan Teknologi Tepat Guna sesuai dengan kebutuhan masyarakat

DASAR HUKUM PELAKSANAAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT.

Beberapa dasar hukum dalam pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat antara lain:

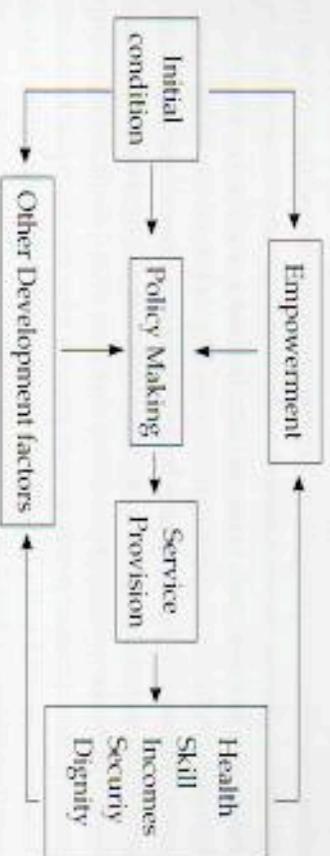
1. Peraturan Pemerintah RI Nomor 76 Tahun 2001 tentang Pedoman Umum Pengaturan Mengenai Desa.
2. Keputusan Presiden RI Nomor: 49 Tahun 2001 tentang Penataan Lembaga Kelurahan Masyarakat Desa atau sebutan lain.
3. Instruksi Presiden RI Nomor: 5 Tahun 1995 tentang Peningkatan Peranan Wanita dalam Pembangunan di daerah.
4. Instruksi Presiden RI Nomor: 1 Tahun 1997 tentang Program Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS).

5. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor: 25 Tahun 1996 tentang Data Dasar Profil Desa/Kelurahan.
6. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor: 6 Tahun 2002 tentang Perlombaan Desa dan Perlombaan Kelurahan.
7. Keputusan Menteri dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor: 18 Tahun 2001 tentang Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat.
8. Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor: 9 Tahun 2001 tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat.
9. Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor: 53 Tahun 2000 tentang Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK).
10. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor: 9 Tahun 1990 tentang Peningkatan Mutu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).
11. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor: 17 Tahun 1996 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pengelolaan Program Peningkatan Peranan Wanita dalam Pembangunan di daerah
12. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor: 28 Tahun 1984 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Perpustakaan Desa/Kelurahan.
13. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor: 9 Tahun 1985 tentang Koordinasi penyelenggaraan Program TNI-ABRI Masuk Desa.

Dasar kebijakan di atas sangat memengaruhi pelaksanaan program kesehatan khususnya bagaimana para pelaksana teknis di kabupaten, kota merencanakan program pemberdayaan masyarakat terkait dengan program kesehatanyang ingin dicapai sesuai target Kementerian Kesehatan. Dasar hukum sangat memengaruhi usulan alokasi anggaran kesehatan pada masing masing daerah termasuk dalam menentukan prioritas program, terutama terkait dengan penurunan angka kematian ibu dan anak yang juga menjadi komitmen global antar negara untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi suatu negara.

Pengaruh politik juga menentukan kebijakan kesehatan suatu Negara. Namun pada akhirnya tergantung kecerdasan para *policy makers* dalam merencanakan dan membuat kebijakan di suatu Negara terkait dengan dana yang terbatas, SDM yang tentunya mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional tahun 2012 sebagai pilar dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Pemberdayaan masyarakat sebagai subsistem kesehatan nasional diharapkan menjadi kendaraan utama dalam mempercepat pencapaian MDC's. Kemitraan dengan NCO's, lembaga swadaya masyarakat, dan organisasi profesi sebagai satu potensi dalam pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu faktor penting yang dapat mendorong percepatan

penapaian MDC's. Interaksi antara pemberdayaan masyarakat dengan kebijakandan kondisi politik dapat dilihat pada gambar di bawah ini (Pati, Catalina Simulovits, Michael Walton, 2005):



Gambar 8. 2 Interaksi antara pemberdayaan masyarakat dengan kebijakan dan kondisi politik

BATASAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Di bidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Dari batasan ini dapat diraikan bahwa secara bertahap tujuan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari keberdayaan kesehatan. Kesadaran dan pengetahuan merupakan tahap awal timbulnya kemampuan, karena kemampuan merupakan tahap hasil proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar. Oleh sebab itu, masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan juga melalui proses belajar kesehatan yang dimulai dengan diperolehnya informasi kesehatan. Dengan informasi kesehatan menimbulkan kesadaran akan kesehatan dan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan.

2. Timbulnya Kemampuan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Oleh sebab itu, teori lain kondisi semacam ini disebut sikap atau niat sebagai indikasi akan timbulnya suatu tindakan. Kemauan ini kemungkinan dapat dilanjutkan ke tindakan tetapi mungkin juga tidak, atau berhenti pada kemauan saja. Berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung dari berbagai faktor. Faktor yang paling utama yang mendukung berlanjutnya kemauan adalah saran atau prasarana untuk mendukung tindakan tersebut. Sebagai contoh, sebuah keluarga sudah mempunyai kemauan atau niat untuk membangun jamban atau tempat pembuangan tinja di rumahnya. Agar kemauan tersebut terwujud maka diperlukan uang atau tersedianya bahan-bahan untuk membangun jamban tersebut.

3. Timbulnya kemampuan masyarakat dibidang kesehatan berarti masyarakat baik secara individu maupun kelompok, telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat. Seperti telah diuraikan didalam bab-bab sebelumnya, bahwa untuk melakukan tindakan atau perilaku yang konkret diperlukan sarana atau prasarana penunjang. Seseorang atau keluarga atau masyarakat yang sudah bisa mencukupi sarana, prasarana, fasilitas atau dana untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku kesehatan, berarti telah mempunyai kemampuan untuk hidup sehat. Seseorang, kelompok, atau masyarakat yang telah mampu memfasilitasi kebutuhan-kebutuhan sarana atau prasarana kesehatan adalah masyarakat yang mandiri di bidang kesehatan.

Kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Masyarakat yang mampu atau masyarakat yang mandiri dibidang kesehatan apabila memenuhi kriteria sebagai berikut.

1. Mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang menengaruhi masalah-masalah kesehatan, terutama di lingkungan atau masyarakat setempat. Agar masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhinya, Masyarakat harus mempunyai pengetahuan kesehatan yang baik (*health literacy*). Pengetahuan kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhinya yang harus dimiliki oleh masyarakat, sekurang-kurangnya sebagai berikut.
 - a. Pengetahuan tentang Penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular.

Pengetahuan tentang penyakit ini mencakup nama atau jenis penyakit, tanda atau gejala penyakit, penyebab penyakit, dan tempat-tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mencari penyembuhan (pengobatan).

- b. Pengetahuan tentang gizi dan makanan, yang harus dikonsumsi agar tetap sehat sebagai faktor penentu kesehatan seseorang. Pengetahuan tentang gizi yang harus dimiliki masyarakat antara lain: kebutuhan-kebutuhan zat dan gizi atau nutrisi bagi tubuh yakni karbohidrat, protein, lemak, vitamin-vitamin, dan mineral. Disamping itu juga, jenis-jenis makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan tubuh tersebut, baik secara kualitas maupun kuantitas; akibat atau penyakit-penyakit yang disebabkan karena kekurangan gizi, dan sebagainya.

- c. Perumahan sehat dan sanitasi dasar yang diperlukan untuk menunjang kesehatan keluarga atau masyarakat. Pengetahuan kesehatan lingkungan ini antara lain mencakup: ventilasi dan pembuangan rumah, sumber air bersih, pembuangan tinja dan pembuangan air limbah, bersih, pembuangan tinja dan pembuangan air limbah pembuangan sampah dan sebagainya.

- d. Pengetahuan tentang bahaya-bahaya merokok, dan zat-zat lain yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan atau kecanduan yakni narkoba (narkotika dan obat-obatan berbahaya).

2. Mampu mengatasi masalah-masalah kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Masyarakat yang mandiri dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan mengandung pengertian, masyarakat bersangkutan mampu menggali potensi-potensi masyarakat setempat untuk mengatasi masalah kesehatan mereka. Misalnya di suatu masyarakat yang kekurangan air bersih, masyarakat tersebut bergotong-royong baik tenaga meminta bantuan ke pemerintah daerah setempat atau swasta sehingga masyarakat tersebut sehingga masyarakat tersebut dapat memperoleh bantuan untuk pengadaan air bersih. Contoh lain, apabila masyarakat tersebut jauh dari fasilitas kesehatan atau Puskesmas, mereka dapat bergotong-royong atau minta bantuan pada pemerintah setempat atau swasta untuk membangun pos pelayanan kesehatan atau pos obat desa. Apabila di masyarakat tersebut terjadi wabah penyakit misalnya demam berdarah maka masyarakat yang bersangkutan meminta bantuan pada pemerintah untuk mengadakan penyemprotan massal di wilayahnya.

3. Mampu memelihara dan melindungi diri, baik individual, kelompok, atau masyarakat dari berbagai ancaman kesehatan. Dengan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang tinggi, masyarakat mampu

memelihara dan melindungi dari segala bentuk ancaman kesehatan. Dengan kata lain, masyarakat mampu melakukan antisipasi dengan upaya pencegahan. Misalnya masalah banjir adalah merupakan ancaman kesehatan, karena dengan terjadinya banjir merupakan ancaman kesehatan, yakni timbulnya penyakit diare, mata, kulit, dan sebagainya. Oleh sebab itu, dengan gotong-royong masyarakat dapat melakukan perbaikan saluran air limbah, pembangunan tempat-tempat sampah agar tidak terjadi penyumbatan saluran air, dan sebagainya. Penghijauan lingkungan pemukiman penduduk secara bersama-sama adalah suatu upaya untuk melindungi masyarakat yang bersangkutan dari polusi atau pencemaran lingkungan.

4. Mampu meningkatkan kesehatan, baik individual, kelompok, maupun masyarakat. Seperti telah diuraikan pada bab-bab sebelumnya, bahwa kesehatan adalah suatu yang dinamis, yang bersifat kontinum. Oleh sebab itu kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat harus senantiasa diupayakan terus-menerus (*health community*). Masyarakat yang berdaya di bidang kesehatan, seyogyanya mampu meningkatkan kesehatan masyarakatnya secara terus-menerus. Adanya kelompok-kelompok kebugaran, atau olahraga tertentu di suatu komunitas merupakan perwujudan dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

Di samping batasan tersebut, Kementerian Kesehatan juga telah mempunyai rumusan lain tentang pemberdayaan masyarakat ini, yakni: Pemberdayaan masyarakat adalah upaya fasilitas yang bersifat noninstruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dan tokoh masyarakat. Batasan yang dirumuskan oleh Kementerian Kesehatan tersebut pada dasarnya tidak jauh berbeda dengan batasan yang telah diuraikan di muka. Sedikit perbedaan hanya pada penekanannya saja, di mana Depkes lebih menekankan pada pendekatan noninstruktif. Hal ini untuk menghindari kesan pada masyarakat, bahwa berbagai pendekatan pengembangan masyarakat yang telah ada, termasuk bidang kesehatan, hampir semuanya menggunakan instruktif, kurang memperhatikan pertumbuhan dari bawah. Sedangkan proses dan tujuan yang akan dicapai, yang secara implisit terdapat di dalam kedua batasan tersebut tidak berbeda, yakni masyarakat yang mandiri atau berdaya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pemberdayaan masyarakat pada akhirnya akan menghasilkan kemandirian

masyarakat. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat merupakan proses, sedangkan kemandirian masyarakat merupakan hasilnya. Oleh sebab itu, kemandirian masyarakat dapat diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari pihak luar.

PRINSIP PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan Masyarakat pada prinsipnya menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan atau dicangkokkan dari luar masyarakat yang bersangkutan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat, "dari, oleh, dan, untuk" masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri. Secara lebih terinci prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat, khususnya di bidang kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut.

Menumbuhkembangkan potensi masyarakat

Potensi adalah suatu kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam. Baik individu, kelompok, maupun masyarakat mempunyai potensi yang berbeda satu dengan yang lainnya. Di dalam suatu masyarakat terdapat berbagai potensi, yang pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni potensi sumber daya manusia (perbuduknya), potensi dalam bentuk sumber daya alam, atau kondisi geografi masyarakat setempat. Baik potensi sumber daya manusia maupun sumber daya alamnya, antara kelompok masyarakat yang satu dengan yang lainnya berbeda-beda. Kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola sumber daya alam yang tersedia akhirnya menghasilkan sumber daya ekonomi.

Potensi sumber daya manusia selanjutnya dapat diuraikan dalam bentuk kuantitas, yakni status atau kondisi sosial ekonomi penduduk tersebut. Proporsi penduduk yang kaya dan miskin, proporsi penduduk yang berpendidikan tinggi dan rendah adalah mencerminkan kualitas sumber daya manusia komunitas atau masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu, 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 sudah *given*. Tuhan telah menganugerahkan potensi sumber daya alam di masing-masing komunitas berbeda, ada komunitas yang berlimpah

sumber air, tanah yang subur, dan sebagainya. Sebaliknya dikelompok masyarakat atau komunitas yang lain, sumber daya alamnya sangat miskin, langka sumber air, tandus dan kering. Potensi sumber daya alam memang kurang penting dibandingkan dengan potensi sumber daya manusia. Bagaimana pun melimpahnya potensi sumber daya alam, apabila kualitas sumber daya manusianya rendah, maka komunitas tersebut tetap akan tertinggal, karena sumber daya manusianya tidak mampu mengelola sumber daya alam tersebut.

Peran petugas atau *provider* yang terutama adalah memampukan masyarakat untuk mengenal potensi mereka sendiri, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia. Kemudian dengan bantuan petugas atau *provider*, masyarakat dibimbing untuk mengembangkan potensi mereka sendiri, sehingga masyarakat yang bersangkutan dapat merencanakan upaya-upaya pemecahan masalah mereka sendiri berdasarkan kemampuan yang mereka miliki daya

Mengembangkan gotong-royong masyarakat

Seberapa besar pun potensi masyarakat, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia, tidak akan tumbuh dan berkembang dari dalam tanpa adanya gotong royong di antara anggota masyarakat itu sendiri. Gotong royong sebagai budaya asli bangsa Indonesia sudah tumbuh sejak berabad-abad yang lalu. Peninggalan candi-candi di Pulau Jawa (antara lain Borobudur dan Prambanan) adalah merupakan lambang kegotong-royongan peninggalan nenek moyang kita. Pada masa dibangunnya candi-candi tersebut, belum ada peralatan baik untuk memahat, membentuk, maupun mengangkat batu-batu besar seperti sekarang. Namun, terbangun candi yang begitu indah dan megah, dengan apa kalau bukan dengan gotong-royong, terlepas dari bagaimana cara menggerakkan gotong-royong tersebut.

Peran petugas atau *provider* dalam rangka gotong-royong masyarakat ini adalah memotivasi dan memfasilitasinya, agar gotong-royong tersebut terjadi di masyarakat. Agar gotong-royong tersebut tumbuh dari masyarakat sendiri maka pendekatan harus dilakukan melalui para tokoh masyarakat. Para tokoh masyarakat setempat sebagai penggerak gotong-royong perlu diberikan kemampuan agar dapat memotivasi masyarakat untuk mau berpartisipasi dan kontribusi terhadap kegiatan yang direncanakan bersama.

Menggalii kontribusi masyarakat

Pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya adalah menggalii kompetensi masyarakat, terutama potensi ekonomi yang ada di masing-masing anggota masyarakat. Menggalii dan mengembangkan potensi ekonomi masing-masing anggota masyarakat pada dasarnya adalah suatu upaya agar masing-masing anggota masyarakat berbeda satu dengan yang lain, baik besarnya maupun bentuknya. Kontribusi masyarakat adalah merupakan bentuk partisipasi masyarakat antara lain: dalam bentuk tenaga, pemikiran atau ide-ide, dana, bahan-bahan bangunan, dan sebagainya. Seorang petugas atau *provider* kesehatan bersama-sama dengan tokoh masyarakat setempat harus mampu menggalii kontribusi sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

Menjalin kemitraan

Kemitraan adalah suatu jalinan kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama yang disepakati. Membangun kemitraan atau pemberdayaan masyarakat, kemitraan adalah sangat penting perannya. Masyarakat yang mandiri adalah merupakan perwujudan dari kemitraan diantara anggota masyarakat itu sendiri atau masyarakat dengan pihak-pihak diluar masyarakat yang bersangkutan, baik pemerintah maupun swasta. Petugas atau *provider* kesehatan adalah memotivasi memfasilitasi masyarakat untuk menjalin kemitraan dengan pihak-pihak yang lain, misalnya apabila masyarakat ingin membangun jembatan untuk memudahkan akses ke pelayanan kesehatan, maka pihak *provider* dapat memfasilitasi advokasi kepada sektor pembangunan, misalnya pemerintah daerah atau dinas pekerjaan umum setempat.

Desentralisasi

Upaya pemberdayaan masyarakat pada 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 setiap komunitas. Dalam pemberdayaan masyarakat, peranan sistem dilaksananya adalah sebagai fasilitator dan motivator. Masyarakat bebas melakukan kegiatan atau program-program inovatif, tanpa adanya arahan atau instruksi dari atas. Oleh sebab itu, pendekatan yang digunakan dalam pemberdayaan

masyarakat adalah “kebun bunga” yang mementingkan keseragaman. Contoh posyandu, sebagai salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat seharusnya tidak seragam kegiatannya, tetapi harus didasarkan kepada masalah dan kebutuhan setempat. Tetapi karena pendekatannya “kebun bunga” maka semua kegiatan posyandu sama, baik di kota, di desa, di daerah elit, maupun di daerah kumuh. Dari uraian tentang prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat diatas, dapat disimpulkan bahwa petugas atau *provider* kesehatan dalam memberdayakan masyarakat dibidang kesehatan adalah bekerja sama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work of the community*). Oleh sebab itu, peran petugas atau sektor kesehatan adalah:

- a. Memfasilitasi masyarakat terhadap berbagai kegiatan atau program pemberdayaan. Misalnya masyarakat ingin membangun atau pengadaan air bersih, maka peran petugas adalah memfasilitasi pertemuan-pertemuan anggota 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 diwilayahnya. Agar rencana tersebut dapat terwujud sebagai bentuk kemandirian masyarakat, maka petugas atau *provider* kesehatan berkewajiban untuk memotivasi seluruh anggota masyarakat yang bersangkutan agar berpartisipasi dan berkontribusi terhadap program atau upaya tersebut.
- c. Mengalihkan pengetahuan, keterampilan, dan teknologi kepada masyarakat. Agar sumber daya masyarakat, baik sumber daya manusia maupun sumber daya alam dimanfaatkan secara optimal dalam rangka kemandirian mereka, memerlukan alih pengetahuan, alih keterampilan, dan alih teknologi. “Pengalihan” pengetahuan, keterampilan, dan teknologi ini dapat dilakukan dengan pelatihan-pelatihan yang bersifat vokasional.

CIRI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan noninstruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat, guna mencapai tujuan yang diharapkan. Beberapa bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut bermacam-macam, antara lain sebagai berikut (Aldy, 2012):

1. Tokoh atau pemimpin masyarakat (*community leaders*)

Sebuah masyarakat apapun, baik pedesaan, perkotaan, maupun pemukiman elit atau pemukiman kumuh, secara alamiah, akan terjadi kristalisasi, adanya pemimpin atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat (Toma) ini dapat bersifat (amat, luhur, ketua RW/RT) maupun informal (ustad, pendeta, kepala adat, dan sebagainya). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau *provider* kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat (Toma) 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. Apapun yang dilakukan oleh pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh bawahan atau masyarakat. Sebagai petugas atau *provider* kesehatan harus memantapkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

2. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan, baik formal maupun informal, misalnya: PKK, Karang Taruna, Majelis Taklim, Kelompok-kelompok Pengajian, Koperasi-koperasi, dan sebagainya. Organisasi masyarakat ini merupakan potensi yang harus dimanfaatkan dan merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Pengalaman telah membuktikan bahwa Posyandu dan Polindas yang juga telah menjadi organisasi masyarakat, merupakan wujud kerja sama dan kemitraan antara Puskesmas, Pemerintahan setempat, PKK, dan sebagainya. Namun, sayangnya, pertumbuhan Posyandu di sebagian besar tempat tampak dipaksakan dari atas (Puskemas).

Hal ini disebabkan karena Dinas Kesehatan atau Puskesmas menargetkannya berdasarkan asumsi jumlah balita yang ada di setiap lingkungan. Seharusnya Posyandu tersebut dibentuk bukan berdasarkan kebutuhan masyarakat setempat. Demikian pula kegiatan Posyandu pun seragam, terutama isi penyuluhan hanya mencakup gizi, diare, dan Keluarga Berencana. Seharusnya, khusus isi atau materi penyuluhan didasarkan pada masalah setempat. 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 dan oleh Departemen Kesehatan diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat).

Dengan adanya program JPKM dari pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, maka 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.

Disamping 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/JPKM, Tabulin dan Tassia adalah contoh-contoh potensi masyarakat dalam sebagai perwujudan *Community Fund* yang perlu dijaga kelestariannya dan dikembangkan.

4. Material Masyarakat (*Community Material*):

Sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah atau tempat mempunyai sumber daya alam yang berbeda, yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan. Di daerah Banjarnegara, ada beberapa desa yang dekat kali dan kali tersebut menghasilkan banyak batu. Dengan bergotong-royong masyarakat setempat yang dipimpin oleh kepala desa, batu-batu tersebut dapat digunakan untuk pengerasan jalan yang menuju ke fasilitas kesehatan (Puskesmas). Dengan fasilitas jalan yang telah diperkeras tersebut memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan. Hal serupa masyarakat mengakses pelayanan kesehatan. Hal serupa terjadi di pulau Lembeh Sulawesi Utara, dengan kekayaan alam batu dan pasir, melalui tradisi "Mapalus" (gotong-royong), terwujudlah rumah sehat bagi seluruh warga. Dengan adanya Prestasi di desa ini WHO memberikan penghargaan (*award*) untuk masyarakat di pulau ini.

Contoh lain terjadi di daerah Purwokerto, di suatu desa yang kekurangan air bersih. Berdekatan dengan desa tersebut ada air mata (*water spring*) yang cukup besar. Oleh Pimpinan masyarakat setempat dan memperoleh

antuan teknis dari Universitas Jenderal Sudirman, sumber air tersebut dimanfaatkan atau dikelola. Masyarakat setempat diorganisasikan dan bergotong-royong untuk membuat saluran air kemah-rumah. Saluran atau pipa air yang digunakan adalah berdasarkan teknologi tepat guna, yakni dari bambu yang banyak tersedia di desa tersebut.

5. Pengetahuan Masyarakat (*Community Knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat adalah merupakan contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat (*community knowledge*). Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bermuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan *community based health education*. Contoh: Lomba membuat poster tentang pesan kesehatan pada event tertentu misalnya hari jadi kota, atau hari kesehatan nasional. Diselenggarakan hadiah bagi pemenang untuk memotivasi para warga setempat. Hasilnya (poster yang dimenangkan) tidak dikumpulkan, tetapi dipasang ditempat umum, misalnya di Posyandu, di balai desa, dan sebagainya. Demikian pula hasil atau setiap pemenang poster beberapa pesan kesehatan yang terpasang akan menjadi sumber pengetahuan masyarakat (*community knowledge*).

6. Teknologi Masyarakat (*Community Technology*)

Di Beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaringan air bersih dengan menggunakan pasir atau arang, untuk pemeliharaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang ditengahnya ditaruh kaca, untuk pengawetan makanan dengan pengasapan, dan sebagainya.

Teknologi-teknologi sederhana yang lahir dari masyarakat ini sebenarnya merupakan pontsi untuk pemberdayaan masyarakat. Petugas atau provider kesehatan sebenarnya dapat mengadopsi dan memodifikasinya sehingga dapat dimanfaatkan di tempat lain tau diperluas. Contoh lain adalah penyederhanaan deteksi dini penderita ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) dari tanda-tanda teknis medis ke tanda-tanda yang mudah diukur oleh masyarakat, dengan menghitung frekuensi napas. Bila seorang bayi usia 2-12 bulan menderita batuk pilek napasnya cepat lebih dari 50 kali/menit, anak tersebut menderita pneumonia dan harus dirujuk ke petugas kesehatan. Artinya, di masyarakat tersebut telah terwujud "teknologi tepat guna" untuk mendeteksi penderita pneumonia, sehingga setiap orang dapat melakukannya.

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menciptakan/meningkatkan kapasitas masyarakat, baik secara individu maupun berkelompok, dalam memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraannya.

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya menumbuhkan kapasitas dan kapabilitas masyarakat untuk meningkatkan posisi tawar (*bargaining power*), sehingga memiliki akses dan kemampuan untuk mengambil keuntungan timbal balik dalam bidang ekonomi, politik, sosial, kesehatan dan budaya (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat PNPM Mandiri, Pedoman Umum). Upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan setidaknya empat unsur pokok yaitu sebagai berikut:

- Aksesibilitas informasi, karena informasi merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektifitas negosiasi, dan akuntabilitas;
- Keterlibatan dan partisipasi, yang menyangkut siapa yang dilibatkan dan bagaimana mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan;
- Akuntabilitas, kaitannya dengan pertanggungjawaban publik atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatasnamakan rakyat;
- Kapasitas organisasi lokal, kegiatannya dengan kemampuan bekerja sama, mengorganisasi warga masyarakat, serta memobilisasi sumber daya untuk memecahkan berbagai masalah yang mereka hadapi.

Pengertian pemberdayaan sebagai tujuan seringkali digunakan sebagai indikator keberhasilan pemberdayaan sebagai sebuah proses. Schuler, Hasbenti dan Riley mengembangkan beberapa indikator pemberdayaan, yang mereka sebut sebagai *empowerment index* atau indeks pemberdayaan (Cirvan, 2004):

- Kebebasan mobilitas: kemampuan individu untuk pergi ke luar rumah atau wilayah tempat tinggalnya, seperti ke pasar, fasilitas medis, bioskop, rumah ibadah, ke rumah tetangga. Tingkat mobilitas ini dianggap tinggi jika individu mampu pergi sendiri
- Kemampuan membeli komoditas 'kecil': kemampuan individu untuk membeli barang-barang kebutuhan keluarga sehari-hari (beras, minyak tanah, minyak goreng, bumbu), kebutuhan dirinya (minyak rambut, sabun mandi, rokok, bedak, sampo). Individu dianggap mampu melakukan kegiatan ini terutama jika ia dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin pasangannya; terlebih jika ia dapat membeli barang-barang tersebut dengan menggunakan uangnya sendiri.
- Kemampuan membeli komoditas 'besar': kemampuan individu untuk membeli barang-barang sekunder atau tersier, seperti lemari pakaian,

TV, radio, koran, majalah, pakaian keluarga. Seperti halnya indikator di atas, poin tinggi diberikan terhadap individu yang dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin pasangannya; terlebih jika ia dapat membeli barang-barang tersebut dengan menggunakan uangnya sendiri.

- Terlibat dalam pembuatan keputusan-keputusan rumah tangga: mampu membuat keputusan secara sendiri maupun bersama suami/istri mengenai keputusan-keputusan keluarga, misalnya mengenai renovasi rumah, pembelian kambing untuk diernak, memperoleh kredit usaha.
- Kebebasan relatif dari dominasi keluarga: responden ditanya mengenai apakah dalam satu tahun terakhir ada seseorang (suami, istri, anak-anak, mertua) yang mengambil uang, tanah, perhiasan dari dia tanpa ijinnya; yang melarang mempunyai anak; atau melarang bekerja di luar rumah.
- Kesadaran hukum dan politik: mengetahui nama salah seorang pegawai pemerintah desa/keurahan; seorang anggota DPRD setempat; nama presiden; mengetahui pentingnya memiliki surat nikah dan hukum-hukum waris.
- Keterlibatan dalam kampanye dan protes-protes: seseorang dianggap 'berdaya' jika ia pernah terlibat dalam kampanye atau bersama orang lain melakukan protes, misalnya, terhadap suami yang memukul istri; istri yang mengabaikan suami dan keluarganya; gaji yang tidak adil; penyalahgunaan bantuan sosial; atau penyalahgunaan kekuasaan polisi dan pegawai pemerintah.
- Jaminan ekonomi dan kontribusi terhadap keluarga: memiliki rumah, tanah, asset produktif, tabungan. Seseorang dianggap memiliki poin tinggi jika ia memiliki aspek-aspek tersebut secara sendiri atau terpisah dari pasangannya.

Pemberdayaan masyarakat pada intinya adalah menumbuhkan/embangkan kemandirian pada masyarakat. Moeclianto Tjokrowinoto dan Pratiwi, Th 2010, memberikan deskripsi mengenai indikator kemandirian masyarakat: *Pertama*, prakarsa dan proses pengambilan keputusan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tahap demi tahap harus diletakkan pada masyarakat sendiri. Masyarakat yang mampu mengambil keputusan tentunya masyarakat yang mempunyai bekal pengetahuan. *Kedua*, fokus utamanya adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengelola dan memobilisasikan sumber-sumber yang terdapat di komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka. Apa yang terjadi pada saat ini, arus dana yang relatif lancar membuat upaya untuk mengidentifikasi dan menggali sumber itu. *Counter fund* bantuan desa, dan akhir-akhir ini "desa siaga",

memungkinkan menuju ke arah identifikasi dan mobilisasi sumber tadi. Akan tetapi hal ini tidak boleh merupakan *affiorcing*, akan tetapi harus melembaga. Ketiga, pendekatan ini mentoleransi variasi lokal dan karenanya, sifatnya flexible menyesuaikan dengan kondisi lokal, dan struktur sosial masyarakat sehingga timbul rasa kepercayaan masyarakat dan petugas kesehatan secara timbal balik. Keempat, di dalam melaksanakan pembangunan, pendekatan ini menekankan pada proses *social learning* yang di dalamnya terdapat interaksi kolaboratif antara birokrasi dan komunitas mulai dari proses perencanaan sampai evaluasi proyek dengan mendasarakan diri saling belajar, bagaimana masyarakat berpartisipasi aktif. Kelima, proses pembentukan jaringan (*networking*) antara birokrasi dan lembaga swadaya masyarakat, satuan-satuan organisasi tradisional yang mandiri, merupakan bagian integral dari pendekatan ini, baik untuk meningkatkan kemampuan mereka mengidentifikasi dan mengelola pelbagai sumber, maupun untuk menjaga keseimbangan antara struktur vertikal maupun horizontal. Melalui proses *networking* ini diharapkan terjadi simbiosis antara struktur-struktur pembangunan di tingkat lokal (Friedman, 2008).

INDIKATOR HASIL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masyarakat, dapat menggunakan indikator yang mengacu kepada pendekatan sistem, sebagai berikut.

1. Input
 - a. Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat.
 - b. Besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat, maupun dana yang diperoleh dari bantuan di luar masyarakat tersebut.
 - c. Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk menyokong atau untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.
2. Proses
 - a. Beberapa contoh indikator pemberdayaan masyarakat adalah:
 - a. Jumlah penyuluhan kesehatan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan.
 - b. Frekuensi dan jenis pelatihan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.

c. Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang telah dimtervensi atau dilatih sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.

d. Pertemuan-pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan atau pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

3. *Output*

Beberapa contoh indikator *output* pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut

- a. Jumlah dan jenis UKBM (upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat) misalnya: Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Dana Sehat, dan sebagainya.
- b. Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan perlakuannya tentang kesehatan.
- c. Jumlah Anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*).
- d. Meningkatnya fasilitas-fasilitas umum di masyarakat, dan sebagainya.

4. *Outcome*

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi terhadap berbagai indikator di bawah ini, antara lain:

- a. Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat
- b. Menurunnya angka kematian umum dalam masyarakat
- c. Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat
- d. Meningkatnya status gizi anak balita dalam masyarakat

Beberapa indikator diatas menjadi *outcome* dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan setiap lima tahunan dan merupakan indikator untuk melihat kemajuan pembangunan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia, termasuk juga menjadi indikator dalam penyusunan IPKM.

BIBLIOGRAFI

- Faturrohmah, Agus Dwiyantri, 2001. Reorientasi kebijakan kependudukan, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas GadjahMada YogyakartaAdlyva media
- Saiful A, 2012. Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat. blogspot. com, diunduh oktober2012
- Notatmodjo S, 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, PT. Rineka Cipta, Jakarta.

Simbolon, Diemsa. 2007. *Faktor Risiko Tuberculosis Paru di Kabupaten Rejang Lebong*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 2, No. 3, Desember 2007.

WHO, 2003. *International Travel and Health*. Geneva

WHO, 2005. *Global Tuberculosis Control, WHO Report, Surveillance, Planning,*

Financing. Geneva.

WHO, 2010. *WHO Report 2010, Global Tuberculosis Control, WHO Report,*

Surveillance, Planning, Financing. Geneva.

Widayono, 2005. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan*

Pembelaannya. Penerbit Erlangga, Jakarta.

Wadli, Halim; Soebianto; Irawati, susi, 2005. *Kesehatan Lingkungan Rumah dan*

Kepuasan Penyakit Tuberculosis Paru di Kabupaten Agam Sumatera Barat.

Majallah Sains Kesehatan 18 (3) Juli 2005.

Petesch Patti, Catalina Simulovits, Michael Walton, 2005. *Evaluating*

Empowerment: in Frame work with caseses from latin America in the text

book measuring Empowerment chapter2. The World Bank Washington

DC P31-55

Pusat Komunikasi Publik, Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Pusat Tanggap*

Respon Cepat (PTRC). <kode lokal> 500-567 dan 081281562620 (sms),

atau e-mail kontak@depkes.go.id

Pemberdayaan Masyarakat dalam Skrining Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak dengan Autis, atau Anak Berkebutuhan Khusus

Ninieck Lely Pratiwi, Tely Rachmawati, Rosa Agustina, Yurika Fauziah

PENDAHULUAN

Meskipun pendataan belum pernah dilakukan, kasus autis cenderung meningkat di Indonesia. Para profesional yang menangani anak melaporkan, peningkatan jumlah penyandang autisme amat pesat, demikian halnya angka kejadian autisme di seluruh dunia (Bernier dan Cerdts, 2006). Peningkatan kasus autis tidak diimbangi dengan meningkatnya kuantitas dan kualitas lembaga ataupun ahli yang menangani autisme. Penyandang autisme terutama yang ringan masih banyak tidak terdeteksi dan bahkan sering mendapatkan diagnosis yang salah, atau bahkan terjadi overdiagnosis, hal ini tentu saja sangat merugikan anak penyandang autisme yang tidak tertangani dengan tepat. Padahal jika mendapat penanganan yang tepat, para penyandang autisme ini juga dapat turut berkontribusi bagi pembangunan bangsa (Asmika, 2011).

Indonesia, pada tahun 2013 diperkirakan terdapat lebih dari 112.000 anak yang menderita autisme dalam usia 5-19 tahun (Republika, 2013). Sedangkan prevalensi penyandang autisme di seluruh dunia menurut data UNESCO pada tahun 2011 adalah 6 di antara 1000 orang mengidap autisme. Anak autis yang mengikuti sekolah inklusi menunjukkan tren peningkatan, pada tahun 2013 sebanyak 90 anak, pada tahun 2014 terjadi kenaikan menjadi 230 anak (Profil Yayasan Alpabk, 2012). Menurut Kemendes RI (2014) data anak autis di Indonesia tidak tersedia, yang ada anak dengan kebutuhan

husus atau anak dengan disabilitas dan di provinsi Jawa Timur tercatat paling tinggi di bandingkan provinsi lainnya di Indonesia.

Kurangnya tenaga profesional juga merupakan masalah terkait penanganan autisme di Indonesia. Anak-anak yang menunjukkan gejala autisme timbul dalam waktu yang cepat, sehingga para praktisi kesehatan belum siap untuk mengimbangnya ditambah dengan pengetahuan yang masih terbatas mengenai autisme. Pengetahuan tentang autisme semakin berkembang, hingga kini hanya ada sekitar 40 psikiater anak yang 50 persennya berada di Jakarta. Masih banyak tenaga kesehatan yang belum mengerti tentang autisme serta kurangnya tenaga profesional menyebabkan seringnya salah diagnosis. Seringkali anak kurang stimulasi, mengalami gangguan bicara, dan keterbelakangan mental didiagnosis anak autis. Penanganan yang diberikan akibatnya menjadi tidak tepat, sehingga perbaikan gejala yang ada menjadi lebih lambat, hal ini dapat membuat kondisi anak autis menjadi lebih berat (Direktorat Jenderal Bina Upaya, 2004).

Permasalahan terkait penanganan autisme di Indonesia, antara lain pertama, geografis Indonesia yang terlalu luas, Indonesia terdiri dari 17.000 pulau dan hanya sekitar 800 pulau yang berpenghuni. Hal inilah yang menimbulkan kesulitan dalam menjangkau anak-anak autisme diberbagai daerah. Hingga kini diperkrakan anak autisme di Indonesia bagian timur belum tertangani dengan baik. Selain itu anak-anak autisme yang berada di pulau lain hanya sedikit yang dapat membawa anaknya ke Jakarta, sedangkan penanganan autisme itu membutuhkan jangka waktu yangpariang. Permasalahan kedua adalah sulitnya penanganan autisme di berbagai daerah. Banyaknya etnis yang ada di Indonesia juga terkadang menyebabkan adanya persepsi yang berbeda-beda mengenai penanganan autisme. Pada daerah yang memiliki kepercayaan tinggi terhadap magis-mistis akan lebih percaya jika anaknya ditangani oleh dukun. Sementara itu didaerah lain, anak autisme dipusing karena dianggap memiliki penyakit jiwa. Petugas kesehatan di daerah banyak yang belum begitu mengerti mengenai autisme dan juga tidak adanya pusat terapi di berbagai daerah atau pusat kesehatan yang menyulitkan orang tua untuk melakukan penanganan (Rosa A dkk, 2014).

Faktor berikut adalah pandangan masyarakat mengenai autisme. Sebagian besar masyarakat Indonesia belum mengerti tentang autisme. Mereka memiliki pandangan berbeda-beda terhadap anak autisme, ada yang bilang bahwa anak autisme adalah anak nakal yang sulit diatur, anak keterbelakangan mental, sakit jiwa atau kemasukan roh jahat. Selain itu

tidak semua orangtua mau mengakui kondisi anaknya, masih banyak yang menolak atau menyembunyikan mereka karena merasa malu (Rosa A dkk, 2014).

Terapi yang mahal juga menjadi salah satu masalah yang terjadi terkait penanganan autisme. Kebanyakan beberapa pusat terapi hanya berada di Jakarta dan kota-kota besar lainnya. Sulitnya mendapatkan tenaga terapis yang profesional yang mengerti cara menangani anak autis juga merupakan salah satu masalah terkait penanganan autisme. Pusat terapi yang hanya bertujuan mencari uang saja cukup banyak dan umumnya terapis tidak dibekali pengetahuan dan kemampuan yang cukup. Penyebab autis sangat kompleks, karenanya tidak ada satu pun obat yang dapat menyembuhkan dengan cepat. Perbaikan gangguan yang ada dapat memakan waktu lama bahkan bertahun-tahun, karenanya tidak semua kalangan dapat membayar terapi untuk anaknya (Regina B, dkk 2011).

Biaya mahal yang dikeluarkan untuk terapi autis saat ini belum dapat diterima oleh asuransi. Asuransi kesehatan memang gearsar mempromosikan diri menawarkan jasanya, tapi sulit sekali mencari asuransi yang mau menerima anak autis. Alasan yang sering dikemukakan adalah autisme sebagai "penyakit bawaan" yang tidak dapat disembuhkan. Selain itu banyak kantor yang tidak mau menanggung pengobatan anak autisme karyawannya. Akibatnya penanganan untuk anak autis ini harus dianggung sendiri oleh orangtuanya.

Penelitian yang dilakukan oleh Rosa dkk., pada tahun 2014, salah satu temuannya mengatakan bahwa orang tua merasa malu bila anaknya didiagnosis autis, dan para orang tua seringkali bingung harus kemana bila berobat. Kebingungan akan bertambah ketika anak autisme memasuki usia sekolah, maka akan menghadapi permasalahan kembali. Setelah melakukan berbagai terapi selama bertahun-tahun, maka anak sudah siap untuk masuk sekolah formal. Banyak orang tua yang bingung kemana harus memasukkan anaknya, hampir sulit sekali mencari sekolah khusus untuk anak autis. Sedikit sekali sekolah umum yang mau menerima anak berkebutuhan khusus dan terkadang harus membayar lebih mahal. Tidak jarang keberadaan anak autis di sekolah diprotes oleh para orang tua teman-temannya. Selain itu anak autis juga sering menjadi bahan ejekan oleh teman-temannya, dan guru yang mengetahuinya terkadang tidak melarangnya, ini yang membuat orang tua bingung.

Permasalahan yang terakhir dan juga sangat penting terkait penanganan anak autis ini adalah peran pemerintah yang masih terbatas. Pemerintah melalui Kementerian Pendidikan telah memfasilitasi kelembagaan UPTD Pusat Layanan Autis (PLA) baru pada lima provinsi di Indonesia yaitu

Provinsi Jawa Timur, Bali, Sumatera Barat, Kalimantan Selatan dan DKI. Padahal jika anak-anak ini tidak tertangani dengan benar akan membuatnya tumbuh menjadi sosok dewasa yang tidak dapat mandiri dan tidak mampu menyipudupi diri sendiri, hal ini tentu saja akan menjadi beban bagi keluarga maupun pemerintah. Masyarakat yang belum mengerti perlu diberikan edukasi mengenai gejala Autis, sehingga tidak ada lagi penghinaan, ejekan, pelecehan ataupun *bullying*. Dibutuhkan kerja sama antara masyarakat dan pemerintah untuk membantu anak-anak autis. Pada Dinas Kesehatan, penanganan anak autis berada di sub bidang pelayanan kesehatan anak berkebutuhan khusus atau ABK. Hanya beberapa puskesmas yang mempunyai program pelayanan kesehatan untuk anak berkebutuhan khusus.

Di Indonesia pada tahun 2014 telah terbentuk Jakarta Ramah Autis, yang merupakan bentuk kepedulian masyarakat karena semakin meningkatnya kasus autis di beberapa kota besar. Jakarta Ramah Autis merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan peran lintas sektor. Jakarta memiliki pusat layanan autisme pertama, dengan berbagai kegiatan berpusatfasilitas pada anak yang menyandang autisme dan ingin Jakarta menjadi contoh bagi daerah-daerah lain agar ramah terhadap autisme. Jakarta Ramah Autis merupakan hasil kerja sama Masyarakat Peduli Autis Indonesia (MPATI) dengan Dinas Sosial DKI Jakarta. MPATI adalah yayasan nirlaba yang memfokuskan diri pada penyediaan informasi, alat pendidikan, pelatihan, dan konseling mengenai isu autisme di Indonesia.

Taman posyandu merupakan wadah pemberdayaan masyarakat melalui program dekresi dini tumbuh kembang anak, oleh karenanya diperlukan kajian. Kajian ini diharapkan dapat memberikan inovasi kemungkinan pengembangan pemberdayaan masyarakat melalui posyandu. Posyandu sebagai salah satu bentuk UKBM dalam program KIA dapat menjadi sarana dalam pengembangan penanganan Autis melalui pemberdayaan masyarakat, keluarga dan lintas sektor.

Posyandu menurut Departeman Kesehatan (2006) adalah wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang di bantu oleh petugas kesehatan. Posyandu dibentuk oleh masyarakat desa atau kelurahan dengan tujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, terutama KIA, KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare kepada masyarakat setempat.

Upaya penanganan autisme secara terpadu dibutuhkan di Indonesia terkait semakin meningkatnya angka kejadian setiap tahunnya, hal ini melibatkan sektor pemerintahan, swasta maupun swadaya dari masyarakat serta adanya kesatuan gerak pusat dan daerah. Jika upaya penanganan ini

tidak dilakukan, dikhawatirkan jumlah penyandang baru akan semakin banyak dan menjadi beban negara karena hilangnya hari produktif. Para penyandang Autis yang saat ini sudah ada, dan menunjukkan kecenderungan meningkat hanya menjadi beban di kemudian hari yang bila tidak ditangani dapat mengakibatkan masalah bagi dirinya, beban bagi keluarga dan masyarakat.

PERKEMBANGAN ANAK AUTIS, DAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Kajian ini merupakan hasil *review* dari studi literatur, data profil, *Round Table Discussion* (RTD) dengan mengundang para pelaksana kebijakan, pelaku pelayanan anak Autis, anak berkebutuhan khusus dibertbagai Unit Pelaksana Teknis Daerah/UPTD diPusat Layanan Autis/PLA, *Resources Center/RC* dan petugas pelaksana dari Dinas Kesehatan kabupaten, kota, puskesmas dan Dinas Pendidikan.

Pengumpulan data pada kajian ini dilakukan melalui *Round Table Discussion* (RTD) pada acara Workshop. RTD ini dilaksanakan guna menghimpun informasi dari berbagai pihak yang terkait RTD dilakukan 2 sesi, yang pertama bertujuan untuk mengetahui program pemberdayaan masyarakat terkait penanganan autisme di berbagai yayasan peduli Autis dan dalam program posyandu. Sesi yang kedua bertujuan menggali informasi mengenai peran pemerintah pusat, dan kabupaten/kota dalam program pembinaan penanganan autisme di Indonesia, dan kendala yang di alami.

Guna memperkaya hasil kajian dilakukan *field visit*, dengan tujuan untuk observasi dan pengambilan data secara langsung di lapangan. *Field visit* dilakukan di Kota Malang. Kota ini sudah memiliki pusat layanan autisme serta klinik terapi yang menjadi rujukan dari daerah di sekitarnya. Data yang didapatkan diolah dan dianalisis sehingga didapatkan kesimpulan digunakan sebagai masukan dalam analisis penelitian.

Fenomena meningkatnya anak autis di Indonesia dapat dilihat perkembangan jumlah kasus. Berikut gambaran penyebaran anak dengan disabilitas di seluruh provinsi di Indonesia.

selengkap 12.200 secara kuantitatif, namun secara kualitas belum tercapai”.

Yayasan Alpbak

“Untuk deteksi dini belum jempur bola hanya gang datang saja, ke posganda hanya memberi pengetahuan saja, kalau untuk jempur bola agak sulit karena belum semua mau krjina kalo anak mereka autis. Sisternya memangnya, tapi sudah sosialisasi keposganda”.

RC Cita hati Bunda, Kab. Sidoarjo

“Seminar dengan bu Dighah Asosisasi pelayanan anak berkebutuhan khusus gang dirintis oleh Dinkes Kabupaten Sidoarjo. Deteksi dini autis tidak mudah, perlu kerja sama dengan pakar psikologis, range besar sekali maka perlu dilibatkan asosiasi profesi. Semua puskesmas, semua badan desa diberi simulasi deteksi intervensi deteksi dini tambah kembang anak gang merupakan kerja sama dengan RSLUD dr Sutomo (PALUD)”.

Diknas Gresik

“DTK sudah dilaksanakan di posganda, bila ada anak dengan autis dirujuk ke puskesmas tambah kembang anak, bila tidak memungkinkannya dirujuk ke RS untuk orang miskin gang memangnya adalah pemerintah daerah setempat sesuai kapitasi”.

Upaya Sosialisasi

Upaya sosialisasi tentang deteksi dini anak Autis telah dilakukan oleh beberapa yayasan peduli Autis, sosialisasi dengan penyuluhan, ke PKK, DKK, posyadu, puskesmas dan kesekolah inklusi, bahkan ke beberapa jajaran orang tua melalui kegiatan seminar. Upaya sosialisasi ini sangat bagus dan telah memanfaatkan media sosial internet, elektronik, maupun berupa leaflet. Berikut beberapa komentar para peserta workshop.

Yayasan Alpbak:

“Untuk kegiatan sosialisasi melalui penyuluhan ke PKK, DKK, posganda diharapkan kerematan, ke sekolah inklusi. Untuk sosialisasi biasanya dari PKM yg mulai ke ALPABK. Kadatulu kami yg memperkeratkan, saat ini dari PKM gang minta kepada kami”

RC Insani Mandiri, Sidoarjo:

“Kerja sama dengan universitas yang peduli pada ABK, seperti UNESA bulan lalu kami mengadakan seminar. Kamudian 22 november 2013 kerja sama dengan Diknas Sidoarjo untuk kampanye publik tentang ABK. Didukung dari Jabarta oleh YIP ABK (Iyogasan Indonesia peduli anak berkebutuhan khusus). Kami banyak didukung oleh bu Linda dan penangan kami pak Mujito. YIP ini luar biasa sekali kegiatannya. Kapan di Jabarta sendiri ada konser ABK yang didukung oleh pak Tannan. Mereka memulai untuk kampanye ke daerah-daerah, mencari partner, dan ALPABK terpuhi untuk wilayah Sidoarjo ini”

Lentera Fajar, Sidoarjo

“Pihak swasta di Kota Sidoarjo sangat getol memberikan penyuluhan ke puskesmas ataupun posganda, dana berasal dari donator setiap event, termasuk dana dari RS PHC”.

Liponosos Surabaya

“Memberikan penyuluhan, workshop dan jurangan kerja untuk para orang tua, dalam memilih dokter gigi, selain anak autis, program yang sudah kami terima kerinnua semua kondisi di Indonesia, Autis secara meds di Australia tidak pakai obat”.

Dinkes Kota Malang

“Malang, ABK masuk di kota layak anak, kota ramah inklusi penanganannya tahun 2012, butuh semua sekolah gang ada di kota malang harus menerima ABK khusus sekolah pemerintah. Pelatihan pemerintah terhadap guru, SDM dilatih untuk sekolah inklusi. Disusulkan di puskesmas lewat dana BOK untuk guru TK, SD dalam screening ABK. Di malang belum ada petardi inklusi”.

Pelayanan Anak Autis di beberapa PLA

Beberapa jenis pelayanan terapi bersifat tradisional dan telah teruji dari waktu ke waktu sementara terapi lainnya mungkin baru saja muncul. Tidak seperti gangguan perkembangan lainnya, tidak banyak petunjuk pelayanan terapi yang telah dipublikasikan apalagi prosedur yang standar dalam menangani autisme. Terapi Autis harus dimulai sejak awal dan harus diarahkan pada hambatan maupun keterlambatan yang secara umum dimiliki oleh setiap anak autis, misalnya; komunikasi dan persoalan-persolan perilaku. Treatment yang komprehensif umumnya meliputi; Terapi Wicara (*Speech Therapy*), Okupasi Terapi (*Occupational Therapy*) dan *Applied Behavior Analysis* (ABA) untuk mengubah serta memodifikasi perilaku. Berikut

kutipan dialog komentar pelayanan terapi anak Autis di beberapa PLA

Yayasan Alpbak

"Di Yayasan ada 36 anak Autis, saling sharing ada yang bayar, ada yang gratis".

Dinas Jatim

"Forum keluarga anak berkebutuhan Khusus di Surabaya, kebutuhan baru ada 17 kabupaten kota, ketua Lina,

"Pihak swasta yang menonjol tidak bagus banget, ini kelompok minoritas lho ibunya inklusi, dengan Dinas Sosial lebih kearah konsep sosial, seperti kalayu dan masuk asrama, lebih banyak belajar di alfabeta..... a awareness masih kurang, masalah biaya perlu buat proposal pada sekolah sekolah inklusi... setiap kecamatan lengkap ada sekolah inklusi mulai TK, SD, SMP, SMK".

Dinas Jatim

"Sedang dipertanyakan anak autis bisa dilayani ke JKN, diuskan ke Kementkes, hanya screening congenital manngga screening yang lain, screening nurah 50 ribu untuk test hipofroid".

Yayasan Alpbak

"Anak autis baru bisa dideteksi mulai usia 2 tahun, autis bukan penyakit menular, tapi ini asset bangsa harus diperbahatkan dengan serius".
Pola tumbuh kembang rajin konsultasi setiap berbedu, diagnose tidak meragukan".

Harapan Pelayanan Penderita Autis

Terapi Autis tentunya memberi harapan bagi keluarga, terutama terapi yang mudah dan dapat diaplikasikan secara sederhana. Beberapa literatur yang ada dan dapat menjadi buku pedoman dalam memberikan terapi di rumah sebagai pendampingan mendidik kemandirian anak Autis. Menjadi keharusan bagi orang tua untuk mencari tahu dan mengetahui pengobatan yang dipilihnya langsung kepada orang-orang yang profesional dibidangnya. Sebagian dari teknik ini adalah program menyeluruh, sedang yang lain dirancang menuju target tertentu yang menjadi hambatan atau kesulitan para penyandanganya, seperti yang diungkapkan oleh informan di bawah ini.

Dinas Jatim

"Ke depan nanti program SPGTK, kadaherast, jika banyak kasus autis ada sampai seperti apa anak autis, selona ini harga anak tumbuh kembang.

Tahun 2015 indikator kinerja pengembangan puskesmas yang mampu melayani IGTK kesehatan anak, penjurangan anak usia sekolah, PKPR, Hasil litbang diharapkan bisa menjadi dasar. Tidak semua UPT kerja sama dengan dinas kesehatan. Dinas intervensi dalam operasional, kebutuhan dasar. Perlu tenaga professional spesialis anak, jitu, saling melengkap misalkan kerjasama terhadap anak".

Yayasan Alpbak

"Harapan anak autis bisa berkiprah dalam lapangan kerja, seperti PT Masjoun menerima anak autis sebagai karyawan. Penanganan anak autis masih setengah hati, tidak komprehensif, kerja sama dengan Dinas keluar".

Kebutuhan dasar: sandang, kesehatan, pendidikan, sesuai undang undang perlindungan anak, akte kelahiran pada anak autis jalanan".

Tidak ada satupun jenis terapi yang berhasil bagi semua anak. Terapi harus disesuaikan dengan kebutuhan anak, berdasarkan pada potensinya, kekurangannya dan tentu saja sesuai dengan minat anak sendiri. Terapi harus dilakukan secara multidisiplin ilmu, misalnya menggunakan okupasi terapi, terapi wicara dan terapi perilaku sebagai basisnya. Tenaga ahli yang menangani anak harus mampu mengarahkan berbagai pilihan terhadap berbagai jenis terapi yang ada saat ini. Tidak ada jaminan apakah terapi yang dipilih oleh orang tua maupun keluarga sungguh-sungguh akan berjalan efektif. Namun, tentukan salah satu jenis terapi dan laksanakan secara konsisten, bila tidak terhat perubahan atau kemajuan yang nyata selama 3 bulan dapat melakukan perubahan terapi. Bimbingan dan arahan yang diberikan harus dilaksanakan oleh orang tua secara konsisten. Bila terlihat kemajuan yang signifikan selama 3 bulan maka bentuk intervensi lainnya dapat ditambahkan. Tetap bersikap objektif dan tanyakan kepada para ahli bila terjadi perubahan-perubahan perilaku lainnya. Perlu keterpaduan program kesehatan dalam penanganan anak Autis, seperti yang dituturkan dalam diskusi berikut ini:

Dinas Gresik

"Mula mulai masih panjang, perlu deteksi dini, pelayanan masih perlu ditenahi ke poli tumbuh kembang, ke bidan desa di puskesmas. 50 % puskesmas ditargetkan punya poli tumbuh kembang anak. Alur rujukan sudah jalan, harga kendala transportasi, pelayanan di RC gratis ada

di bawah pendudukan, gang melakukan pelayanan kesehatan ya orang kesehatan. RS UID belum punya poli Tumbuh Kembang, sehari rerata melayani ABK 45 orang. Perda Perbur tentang inklusi, dana APBD ada beasiswa untuk SLB, inklusi juga ada hanya difasilitasi pada anak anak berkebutuhan khusus. Dari perusahaan ada yang membantu RC seperti Petrakimia, Semen Gresik”.

Dengan adanya berbagai jenis terapi yang dapat dipilih oleh orang tua, maka sangat penting bagi mereka untuk memilih salah satu jenis terapi yang dapat meningkatkan fungsionalitas anak dan mengurangi gangguan serta hambatan autisme. Sangat disayangkan masih minim data ilmiah, pedoman penanganan anak autis yang mampu mendukung berbagai jenis terapi yang dapat dipilih orang tua di Indonesia saat ini. Sangat banyak faktor, variabel karakteristik yang dimiliki anak, dari tingkat keparahan gangguannya hingga lingkungan sekitarnya dan belum lagi etika yang ada didalamnya untuk membuat suatu terapi itu. Diperlukan penelitian dengan metode yang tepat dan valid. Sangat tidak mungkin mengontrol semua variabel yang ada sehingga data yang dihasilkan dari beberapa penelitian sebelumnya mungkin secara statistik tidak akurat, namun perlu penelitian yang simultan berkesinambungan, sehingga menemukan berbagai terapi yang sesuai dengan kausanya.

Dinas kota Malang

“Enam dari 15 puskesmas sudah punya poli tumbuh kembang anak, punya niat tumbuh kembang >>>sudah bisa jalan, tergantung niat... PAUD, posyandu. Konsultasi: spesialis anak yang spesifik tumbuh kembang anak. Rujukan ke RS Saiful Anwar. Harapan untuk kesinambungan, autis di kota malang khusus ada dia seksi KIA dan UKBM, kalau arahnya ke autis ke KIA”.

Dinkes Jatim

“Dekan Jatim Rujukan ke arah tumbuh kembang anak, RS Soetomo, RS Saiful Anwar. Target puskesmas tumbuh kembang anak 70 persen”.

Penganganan anak autisme merupakan tanggung jawab semua pihak. Penanganan autis termasuk dalam program kesehatan ibu dan anak di puskesmas. Gerakan pemberdayaan masyarakat memerlukan kerjasama sama dan koordinasi lintas sektor, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, keluarga dan peran pemerintah daerah. Diperlukan kesatuan gerak antara penentu kebijakan dan pelaksana program dari berbagai instansi; pemberi pelayanan baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan, serta organisasi profesi yang terkait dengan pelaksanaan program.

Pemberdayaan adalah upaya peningkatan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi, bermasyarakat, menenggarahi dan mengendalikan kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya. Pemberdayaan masyarakat bersifat noninstruktif menuju masyarakat yang mampu hidup sehat secara mandiri dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada. Prinsipnya menumbuhkan kebanggaan partisipasi masyarakat, mengembangkan semangat gotong royong, bekerja bersama masyarakat, menggalang kemitraan dengan berbagai pihak, penyerahan pengambilan keputusan pada masyarakat serta pengorganisasian masyarakat dan pembangunan masyarakat. Pemerintah daerah sebagai perantara tangan pusat, yang berada paling dekat dengan masyarakat merupakan ujung tombak dalam penanganan autis di tingkat daerah.

PEMBAHASAN

Pelayanan Anak Autis di beberapa PLA, dan RC

Kecenderungan meningkatnya anak autis pada beberapa PLA, RC yang ada di Surabaya, Sidoarjo dan Gresik menunjukkan bahwa semakin meningkat kesadaran para orang tua untuk peduli terhadap upaya penanganan anak autis agar dapat hidup mandiri sebagai manusia normal yang dapat melakukan aktifitas keseharian tanpa bantuan orang lain. Secara nasional belum ada angka pasti berapa sebenarnya jumlah anak autis di Indonesia, namun pemerintah merilis data jumlah anak penyandang autis berada di kisaran 112 ribu jiwa. Angka tersebut diasumsikan dengan prevalensi autis pada anak-anaki Hongkong, yaitu 1, 68 per 1000 untuk anak di bawah 15 tahun (Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kemkes 2004). Bila dihitung dengan asumsi prevalensi autis yang ada di Hongkong, dimana jumlah anak usia 5-19 tahun di Indonesia mencapai 66. 000. 805 menurut data Badan Penelitian Statistik (BPS) 2010. Saat ini memang belum ada penelitian khusus secara nasional yang menyajikan data anak autis di Indonesia. Data UNESCO pada 2011 mencatat, sekitar 35 juta orang penyandang autis di dunia, artinya rerata 6 dari 1000 orang di dunia mengidap autis. Hasil penelitian *Center for Disease Control* (CDC) Amerika Serikat pada 2008, menyatakan bahwa perbandingan autis pada anak usia 8 tahun yang terdiagnosa dengan autisme adalah 1: 80. Fenomena ini tidak hanya terjadi di Indonesia, tapi juga di dunia, oleh karenanya, pemerintah perlu meningkatkan penanganan anak dengan autis. Pemerintah belum maksimal melakukan upaya penanganan secara komprehensif, mengungkap luasnya wilayah Indonesia yang terdiri dari 33 provinsi.

Berbagai jenis pelayanan terapi baik di PLA maupun *Resources Center* bersifat tradisional dan rasional telah berkembang dan telah berada di bawah pengawasan Dinas Pendidikan di kabupaten/kota. Skrining deteksi tumbuh kembang dini anak atau SDTK sudah dilaksanakan di beberapa posyandu. Apabila ada anak dengan autisme dirujuk ke Puskesmas tumbuh kembang anak, bila tidak memungkinkan dirujuk ke RS. Terapi autisme harus dimulai sejak dini melalui deteksi dini tumbuh kembang anak sejak usia pra sekolah dan harus diarahkan pada hambatan maupun keterlambatan yang secara umum dimiliki oleh setiap anak autisme misalnya, komunikasi dan persoalan-persoalan perilaku. Terapi yang komprehensif umumnya meliputi, Terapi Wicara (*Speech Therapy*), Okupasi Terapi (*Occupational Therapy*) dan *Applied Behavior Analysis (ABA)* untuk mengubah serta memodifikasi perilaku.

Bagi penyandang autisme dari masyarakat berpenghasilan rendah dapat menggunakan jaminan Kesehatan Nasional atau Kartu Indonesia Sehat melalui prosedur pelayanan yang telah di atur pemerintah. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dapat merujuk ke rumah sakit apabila tidak ada fasilitas terapi untuk anak dengan autisme. Puskesmas, Klinik dan praktik dokter swasta yang merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat memfasilitasi anak berkebutuhan khusus, anak autisme memerlukan pemeriksaan, terapi maupun penanganan klinis bila diperlukan termasuk terapi psikologis di rumah sakit sesuai tarip INA-CBC's yang berlaku. Tarip INA-CBC's berlaku bila menggunakan diagnosis dan terapi yang tertera dalam ICD 9 dan ICD 10. Sedangkan biaya untuk upaya preventif dan promotif melalui skrining deteksi intervensi dini tumbuh kembang melalui taman posyandu, PAUD dan TK yang dapat di susulkan pengajuan proposal ke BPJS setempat di kabupaten, kota yang ada pada setiap kegiatan (BPJS 2013).

Pemberdayaan Masyarakat melalui Peran Keluarga, Lintas Sektor dalam Deteksi Dini Penanganan Autis di Indonesia

Kementerian kesehatan telah melaksanakan berbagai langkah dan strategi pelayanan kesehatan kejiwaan sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang ditetapkan. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 mencatat, pelayanan jiwa di fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas sudah mencapai 61 persen. Belum semua tenaga kesehatan memiliki kemampuan yang cukup untuk menangani pasien dari sisi dukungan psikologis. Beberapa pelatihan sudah diberikan, tapi tidak semua tenaga kesehatan tertarik untuk mempelajari soal psikologis semacam ini. Ditambah lagi, jumlah dokter spesialis kejiwaan (psikiater) masih sangat

terbatas, di Indonesia baru ada sekitar 700-800 psikiater, dan sebagian besar masih terdistribusi di kota-kota besar.

Pada saat ini para ahli setuju bahwa autisme lebih merupakan sebuah kontinum. Beberapa gejala autisme dapat dilihat apabila seorang anak memiliki kelemahan di tiga domain tertentu, yaitu sosial, komunikasi, dan tingkah laku yang berulang (Kogan, *et. al.*, 2009). Menurut King dan Ann (2012) merekomendasikan adanya suatu pendekatan deskriptif dalam mendiagnosa autisme sehingga menyatakan berbagai pengalaman yang menyeluruh di beberapa *setting* sosial. *Setting* sosial di sekolah, taman bermain, taman posyandu atau di rumah sebagai lingkungan sehari-hari anak dimana hambatan maupun kesulitan mereka tampak jelas di antara beberapa teman sebaya mereka yang normal.

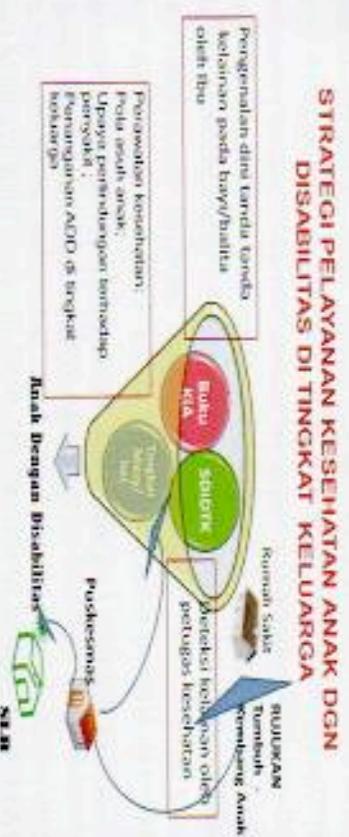
Menurut Rimland, Klin *et. al.* (2002) pada tahun 1964 mengembangkan model psikodinamika, penanganan anak dengan autisme secara umum didasarkan pada menawarkan harapan akan pemulihan melalui *experiential manipulations*, namun model psikodinamika dianggap tidak cukup efektif. Pada sejumlah laporan penelitian bahwa pelaku psikodinamik tidak dapat memberikan apa yang mereka janjikan (Lovaas, 1987). Melalui berbagai literatur, dapat disebutkan beberapa ahli yang memiliki perbadaan filosofis, variasi-variasi *treatment* dan target-target khusus lainnya.

Rimland meneliti karakteristik orang tua yang memiliki anak dengan autisme, seperti: pekerjaan keras, pintar, obsesif, rutin dan detail. Ia juga meneliti penyebab autisme yang menurutnya mengarah pada faktor biologis. Bethelheim, 1967 menemukan ide penyebab autisme adalah adanya penolakan dari orang tua. *Infinite Autism* disebabkan harapan orang tua untuk tidak memiliki anak, karena pada saat itu psikoterapi yang sangat berpengaruh, maka ia menginstruksionalkan 46 anak dengan autisme untuk keluar dari stress berat. Namun tidak dilaporkan secara detail kelanjutan dari hasil pekerjaannya tersebut. Lovaas (1987), mengaplikasikan teori Skinner dan menerapkan *Behavior Modification* kepada anak-anak berkebutuhan khusus, termasuk anak dengan autisme di dalamnya. Ia membuat program-program intervensi bagi anak-anak berkebutuhan khusus yang dilakukannya. Dari hasil program-program Lovaas, anak-anak dengan autisme mendapatkan program modifikasi perilaku yang kemudian berkembang secara profesional dalam jurnal-jurnal psikologi.

Menurut Benier dan Gerdis (2006) persoalan lain yang memengaruhi keakuratan suatu diagnosis seringkali juga muncul dari adanya fakta bahwa beberapa perilaku yang bermasalah merupakan atribut dari pola asuh yang kurang tepat. Berbagai perlakuan mungkin saja merupakan hasil dari dinamika keluarga yang negatif dan bukan sebagai gejala dari

adanya gangguan. Adanya interpretasi yang salah dalam memaknai penyebab mengapa anak menunjukkan berbagai persoalan perilaku mampu menimbulkan perasaan negatif para orang tua. Saya berkeyakinan bahwa diperlukan kompetensi petugas kesehatan agar diagnosis semakin akurat dan konsisten sehingga terapi dapat diberikan sesuai tingkat keparahan penyakit. Perlu adanya sebuah model diagnosis yang menyertakan keseluruhan hidup anak dan mengevaluasi berbagai hambatan dan kesulitan anak sebagaimana juga terhadap kemampuan dan keterampilan anak sendiri. Kemungkinan disarankan agar para profesional di bidang autisme juga mempertimbangkan lingkungan yang dapat memengaruhi, misalnya perkembangan awal anak, penampilan anak, mobilitas anak, kontrol dan perhatian anak, fungsi-fungsi sensorisnya, kemampuan bermain, perkembangan konsep dasar, kemampuan yang bersifat situen, kemampuan musikal, dan lain sebagainya yang menjadi keseluruhan diri anak sendiri. Hal ini sependapat dengan yang dikemukakan oleh Lowass tentang program modifikasi Perilaku bagi anak autis dengan melibatkan keluarga terdekat, lingkungan sekitarnya.

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Kesehatan Anak pada tahun 2012 telah mengeluarkan upaya strategi pelayanan kesehatan anak dengan disabilitas di tingkat keluarga dengan konsep sebagai berikut.



Sumber: Direktorat Kesehatan Anak (2012)

Gambar 9.3 Strategi Pelayanan Kesehatan Anak dengan Disabilitas

Konsep di atas menarik untuk dibahas, penanganannya anak dengan disabilitas (ADD) di tingkat keluarga sudah seharusnya menjadi fokus utama program preventif dan promotif melalui pengenalan dini tanda-tanda kelainan pada bayi, balita oleh ibu dan keluarganya. Pengenalan instrumen

skining deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) melalui posyandu, PAUD pada para orangtua, keluarga dapat mencegah secara dini kasus autis. Penyebarluasan buku SDIDTK pada para petugas kesehatan, orang tua dan keluarga perlu terus ditingkatkan melalui pendampingan petugas puskesmas dalam program tumbuh kembang anak.

Pemberdayaan masyarakat di beberapa negara maju dan berkembang melakukan pendekatan setidaknya terdapat tiga strategi yang biasa diadopsi seperti Australia (Keefe, 2006). Pertama, penguatan kondisi mental orangtua, strategi ini membutuhkan peran aktif orang tua dalam melakukan pengasuhan anak autis. *Kedua*, adanya dukungan sosial yang memadai. Dukungan sosial memegang peranan luar biasa bagi keberlangsungan pengasuhan. *Ketiga*, peran aktif pemerintah menyediakan pelayanan kesehatan dan konsultasi yang dapat dijangkau masyarakat. Ini, bahkan merupakan faktor yang sangat vital bagi masyarakat umum, terutama bagi mereka yang berada pada kelas sosial menengah ke bawah.

KESIMPULAN

Anak autis yang berada di *resources center* swasta telah diberi terapi sesuai kebutuhan dan pengembangan bakat masing-masing anak dengan harapan anak dapat mandiri dan dapat berinteraksi secara sosial di masyarakat. Program penanganan autis selama ini masih belum terpadu antara dinas pendidikan, dinas kesehatan dan dinas sosial yang ada di kabupaten, kota, masing-masing mempunyai tupoksi sesuai yang ada di permengkannya. Bagi masyarakat kurang mampu anak dengan autis, ABK dapat memakai Kartu Indonesia Sehat.

Pemberdayaan masyarakat dalam penanganan anak dengan autis baru sebatas peran orang tua, keluarga terdekat dalam membentuk anak autis yang mandiri. Kemandirian anak autis dalam lingkup dapat melakukan aktifitas kesehatan mulai mandi, sikat gigi, pakai baju sendiri dan makan. Pelibatan peran orang tua dalam pendampingan anak autis melalui *resources center* yang ada di kabupaten dan kota. Pendampingan pada anak juga sebagai bekal memasuki dunia pendidikan umum melalui sekolah inklusi yang ada di kabupaten dan kota sesuai kurikulum pendidikan. Pembinaan *Resources Centers* (RC) maupun yayasan UPTD masih dilakukan oleh dinas pendidikan. Upaya pencegahan dilakukan melalui skrining tumbuh kembang anak autis, anak membutuhkan khusus di posyandu, yang dilakukan oleh bidan. Pembinaan oleh dinas kesehatan setempat dalam mengembangkan SDIDTK di posyandu sebagai upaya pemberdayaan masyarakat. Beberapa *resources center* di lembaga swasta telah membentuk jejaring di hawah yayasan seperti yayasan Alpbak di kabupaten Sidoarjo.

Beberapa daerah telah mengeluarkan kebijakan ataupun perda inklusi terkait dengan wajib pendidikan bagi penduduk Indonesia dan sesuai kurikulum pendidikan. Penganggaran kegiatan juga sudah difasilitasi oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dalam APBN maupun APBD melalui UPTD PLA di masing-masing kabupaten dan kota. Bentuk pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini tumbuh kembang anak berupa taman posyandu, sebagai langkah awal petugas kesehatan melakukan skrining deteksi dini tumbuh kembang anak di posyandu, PAUD dan TK. Di Kabupaten Sidoarjo dan Kota Malang telah melakukan pelatihan pada bidang desa dengan memberikan pelatihan metode skrining deteksi dini tumbuh kembang di posyandu agar dapat melakukan upaya deteksi dini anak autisme. Diharapkan pelatihan tidak hanya pada petugas bidan, mereka menggiatkan pelatihan juga pada petugas kesehatan lainnya.

REKOMENDASI

Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam skrining deteksi dini tumbuh kembang, kasus autisme, ABK melalui taman posyandu, PAUD sampai ke tingkat rujukan, sehingga perlu diberikan pembekalan untuk deteksi dini anak autisme bagi kader posyandu, lintas sektor dan keluarga. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan bagi Anak Dengan Disabilitas (ADD) di pelayanan dasar di FKTP, rujukan dan sekolah inklusi.

Perlu peningkatan koordinasi yang intensif program tumbuh kembang anak di puskesmas, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Dinas Sosial untuk penanganan anak berkebutuhan khusus. Meningkatkan kerja sama dengan tim Pembina UKS, YPAC, PSIKI, Kelompok Masyarakat Peduli ADD serta organisasi profesi terkait.

Harapan anak autisme bisa berkiprah dalam lapangan kerja, menerima anak tuna rungu dan tuna wicara sebagai karyawan. Penanganan anak autisme perlu komprehensif, kerja sama dengan Dinas Sidoarjo secara berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

Rosa, A., Fitrianti, Y., dan Handayani, S. 2014. *Diagnostik Resiliensi Keluarga Pengundang Autis dan Kaitannya dengan Terapi Autis*. Laporan Penelitian Riset Kesehatan, Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI
Kementerian Kesehatan. 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Bernier, R. dan Gerdtis, J. 2006. *Autism Spectrum Disorders, a Reference Handbook*. Greenwood Publishing Group. Diakses pada 2 Juli 2013, Google scholar.

Dear Abby: Is Autism a Mental Illness?. *Psychology Today*. Diakses pada 3 Juli 2013. 5.

Direktorat Jenderal Bina Upaya, Kementerian Kesehatan RI, 2004. *Kisaran Data Jumlah Anak pengundang Autisme di Indonesia*.

Asmika, Sukkesi, K., Zubriyah, L., dan Muthiah, N. 2010. *Laporan Hasil Penelitian Hbwh Bersaing, Studi Pilot Pelatihan Orang Tua, Guru Taman Kanak-kanak, dan Kader Posyandu dalam Deteksi Dini dan Tatalaksana Terapi Autisme Besar Spektrumnya*. Universitas Brawijaya.

Deputi Bidang Perlindungan Anak. 2012. *Buku Saku Anak berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Kementerian Perlindungan Perempuan dan Perlindungan Anak RI.

Winarsih, S. et al. 2013. *Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus Bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga Dan Masyarakat)*. Jakarta: Kementerian Perlindungan Perempuan dan Perlindungan Anak RI

Keefe, J. 2012. *Pengujian Fungsional*. (diterjemahkan oleh Trisnawati Tamuniharjo). University of Melbourne Department of Ophthalmology World Health Organization Collaborating Center The Prevention Of Blindness Australia.

Kogan, M. D., et al. 2009. *Prevalence of Parent-Reported Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Among Children in the US, 2007*. *Pediatrics*, November, vol. 124, no. 5, pp. 1395-1403.

Kring, A., et al. 2012. *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons, Inc. Klin, A., Warren, J., Robert, S. Volkmar, F., dan Donald, C. 2002. *Defining and Quantifying the Social Phenotype in Autism*. *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, no. 6, pp. 895-908. Diakses 2 Juli 2013, Google Scholar.

Bernier, R., and Gerdtis, J. 2006. *Autism Spectrum Disorders, A Reference Handbook*. California: Greenwood Publishing Group. Pengertian, *Autisme*. or. id. Diakses pada 2 Juli 2013, Google Scholar

Pediatrics Journal 124. doi: 10. 1542/peds. 2009-1522. Diakses 2 Juli 2013, Google Scholar

Profil Yayasan AlpaBK, 2013, *Trend kecenderungan kemauan Anak Autis, Yayasan AlpaBK, Sidoarjo*
Regina B. Penina MPH.M, dkk. 2011. *Pelatihan Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) Bagi Petugas kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Indeks

- A**
- Accessibility to information 49
 - Action situation 49
 - Adaptif 84
 - adat istiadat 32
 - adopsi perilaku 58
 - adoption 63
 - Adoption 58
 - Adult Manipulation 84
 - Advokasi 73
 - alektif 6, 7
 - Agen perubahan 11
 - AIDs 15
 - AIDs 15
 - air bersih 52
 - Aktor 130
 - alternatif 4
 - ambulan 69
 - analisis masalah 33
 - Ancaman 45
 - Angka Kematian Ibu 25
 - Angka Kematian Bayi (AKB) 25
 - angka melek huruf 8
 - application 59
 - Applied Behavior Analysis 159
 - Appreciative Inquiry 131
 - approval 66
 - ASI eksklusif 52
 - attitude 5, 60
 - autis 151
 - Awareness 58
- B**
- Badan Penelitian Statistik 163
 - Balai Keseghateraan Ibu dan Anak 79
 - balita kerdil 26
 - bargaining power 3, 146
 - Behavior intention 49
 - Behavior Modification 165
 - berkesinambungan 102
 - Bina suasana 35
 - BPS 16
 - buah 52
 - budaya 48
 - bullying 154
- C**
- cacar 79
 - capacity building 2
 - Center for Disease Control 163
 - Charles Erasmus 84
 - civil society 4
 - cognitive dissonance 51
 - Community Development 131
 - Community Fund 31, 144
 - Community knowledge 32
 - Community Knowledge 145
 - Community leader 31
 - Community material 31
 - Community Material 144

- community organization 143
 - Community organization 31
 - Community technology 32, 145
 - Community Worker 85
 - compliance minum obat 12
 - comprehension 59
 - consonance 42
 - covert behaviour 41
 - Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) 48
 - cues to action 11
 - curative 54
- D**
- Decay 105
 - Decay Missing Filling-Teeth (DMF-T) 105
 - Deciding on a program action 29
 - decision maker 73
 - Deficit based 131
 - dental diagnostic set 123
 - derajat kesehatan 53
 - Desentralisasi 141
 - determinan 53
 - diabetes mellitus 56
 - didik 47
 - dinamika 82
 - dinamis 33
 - disability limitation 74, 75, 76
 - diskolorasi stain 107
 - dissabilitas 166
 - dissability limitation 12
 - dissonance 42
 - diatsirkan 60
 - Dokter Kabupaten 79
 - Dokter Wilayah 79
 - domain 58
- E**
- early diagnosis 12, 75
 - Education 51
 - edukasi 27
 - Effective Medical Demand (EMD) 109
 - ekonomi 32
 - ekstern 26
 - emosi 61, 67
 - empowerment 1
 - Enable 74
 - enabling 2
 - enabling factors 39
 - Enforcement 51
 - esensial 93
 - ethnology 101
 - Evaluasi 60
 - evaluasi intervensi 75
 - Evaluation 58
 - experiential manipulations 165
- F**
- faktor eksternal 57
 - faktor esensial 44
 - faktor intern 26
 - faktor internal 57
 - field visit 155
 - Filling 105
 - fisk 22
 - five levels of prevention 74
 - FKTP 168
 - Focal Intelektion 124
 - focus group discussion 66
 - formal leader 86
 - Fostering self-confidence 29
- G**
- gangrenous stomatitis 103
 - Gathering knowledge about the local community 28
 - gender 103
 - General Content Objective Approach 86
 - Getting to know the local community 28
 - gingiva 107
 - gingivitis 122
 - gizi 54
 - gotong royong 84
 - gotong-royong 31
 - growth strategy 4
 - guided response 62
- H**
- Health Belief Model 11
 - health promotion 74
 - Health Provider 80
 - Health services 129
 - healthy public policy 34
 - Helping people 29
 - Helping people to continue to work on solving their problems 29
 - HIV 15
 - home care 12
 - home industry 8
 - host 114
 - Human Immunodeficiency Virus 15
- I**
- ide 61
 - Identifikasi masalah 75
 - Identifying the local leaders 28
 - ilmu 71
 - IMS 22
- J**
- Increasing people's ability for self-help 29
 - individu 67
 - indra 67
 - indeksi penyakit menular (IMS) 21
 - informal leader 86
 - informasi 21
 - input 2
 - insiden 121
 - instrumental response 40
 - intelektual 10
 - interaktif 4
 - interconnection 129
 - Interest 58
 - interprelasi 166
 - intervening variable 68
 - iskesdas (2010) 21
- K**
- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) 31
 - kader 118
 - kakus (WC) 80
 - kampanye 85
 - karakter 33
 - karang gigi 122
 - karies 105
 - Karies gigi 111
 - kecenderungan primer 3
 - kecenderungan sekunder 3
 - kemandiriannya 3
 - kemiskinan 5
 - Kemitraan 7
 - kemujaraban 44
 - kepedulian sosial 23
 - kepemimpinan 33
 - kerentanan 44

- kesukarelaan 85
 - keterampilan 8
 - ketersediaan fasilitas 26
 - keyakinan 47, 61
 - knowledge 5
 - kognitif 6
 - kollektif 3
 - Komisi Penanggulangan AIDS 19
 - komprehsensif 76
 - Komunikasi Informasi dan Edukasi 7
 - konatif 7
 - kondom 20
 - konseling 22
 - konsep 61
 - Kontribusi 6
 - kooperatif 6
 - koordinasi 5
 - kultur 102
 - kultural 37
 - kuratif-rehabilitatif 77
- L**
- laki-laki 18
 - learning process 40
 - Lembaga Swadaya Masyarakat 7
 - Level prevention 12
 - life style 53
 - Ligamen Periodontal 107
 - lingkungan 47
 - lingkungan sehat 23
 - link (tautan) 33
 - long lasting 58
- M**
- manajemen 102
 - man cetered development 91
 - mandiri 9
 - mechanism 63

- Mediasi 73
- media sosial 33
- menumbuhkan kesadaran 28
- Millenium Development Goals 103
- Millennium Development Goals (MDGs) 25
- mind set 66
- Missing 105
- mobile messaging 33
- mobilisasi sumber daya 33
- modal sosial 5
- motif 61

- N**
- NGO's 134
 - nilai 7
 - nilai sosial 5
 - noninstruktif 6
 - norma 37
 - norma hukum 37
 - norma sosial 37

- O**
- obesitas 57
 - Occupational Therapy 159
 - ODHA 21
 - operant conditioning 41
 - Operant response 40
 - Organisasi Masyarakat 7
 - outcome 33
 - overt behaviour 41, 62

- P**
- partipurna 102
 - participatory 1
 - partisipasi 4, 5
 - Partisipasi 89
 - Partisipasi Informatif 91

- Partisipasi intensif 92
 - Partisipasi interaktif 92
 - Partisipasi konsultatif 92
 - Partisipasi Pasif 91
 - partnership 73
 - paternalistic 143
 - patogenesis 12
 - PAUD 168
 - pekerja seks 21
 - peamberdayaan 3, 9
 - Pembinaan Kesehatan Lingkungan 81
 - penicuan 10
 - pendidikan 91
 - Pengualan primary health care 74
 - penyakit bawaan 153
 - penyakit tidak menular 10
 - penyebaran HIV 20
 - people-centered 1
 - people centered strategy 4
 - perceived barrier to action 11
 - perceived benefit of action 11
 - perceived severity 11
 - perceived susceptibility 11
 - perception 62
 - perempnaan 18
 - perilaku 5, 26
 - Perilaku 37
 - perilaku masyarakat 53
 - periodontitis 108
 - Persepsi 45
 - Personal autonomy 49
 - personal skills 35
 - Persuasi 45
 - Perubahan 27
 - Perubahan perilaku 8
 - pesan 21
 - petugas medis 77
 - PHBS 12, 26, 39
 - Piagam Ottawa 34
- PKMD 80, 104
 - plak 118
 - polusi air 64
 - Posyandu 57
 - potensi 8
 - potential demand 110
 - practice 5, 62
 - pra-knowledge 10
 - Precaution Adoption Process Models 10
 - predisposing factors 37
 - preventif 64
 - preventive 12
 - primary target 27, 32
 - problem solving cycle 59
 - Process Objective Approach 86
 - Promokesa 85
 - promosi 27
 - Promosi Kesehatan 72
 - prompt treatment 12, 75
 - proses belajar 9
 - Prosesur alveolar 107
 - provider 142
 - psikis 22
 - psikologi 58
 - psikomotorik 6, 7
 - PTM 11
 - public health 55
 - Public Health 71
 - public health nursing 12
 - Public Safety Center 69
 - Pusat Layanan Autis 153
 - Puskemas 56, 78
- R**
- recall 66
 - receiving 61
 - Recognition of strengths and resources 29
 - reflexive 40

- Regulation 51
 - regulator 130
 - Regulator 130
 - Rehabilitasi 75
 - rehabilitatif 79
 - rehabilitation 12
 - reinforcer 41
 - reinforcing factors 38
 - Rencana Strategis 26
 - Renstra 26
 - reorient health services 35
 - Resources Center 157
 - respon 47
 - Respondent response 40
 - responding 61
 - responsible 62
 - restraining forces 43
 - review 155
 - Right for Equal Opportunity 30
 - Right of Self - Determination 30
 - risiko 10
 - risiko HIV 21
 - Riskesdas 17
 - role model 55
 - Round Table Discussion 155
 - RSUD 81
 - RT/RW 57
- S**
- sabun 27, 52
 - Safe community 68
 - sakit 48
 - santiasi lingkungan 71
 - saraf 67
 - sayur 52
 - sehat 48
 - seks 20
 - seks aman 20
 - seks high class 20
 - Self Care 82
 - self efficacy 47
 - self help 30
 - Self mobilization 92
 - seri 71
 - setting 72
 - shouting epidemic 69
 - Sikap 8
 - Sintesis 60
 - Sistem Kesehatan Nasional 23
 - Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 101
 - sistem nilai 37
 - system sosial 37
 - skill 8
 - SKN 23
 - skrinig 123
 - skrinig deteksi intervensi dini
 - tumbuh kembang 167
 - social pressure 39
 - Social support 49
 - social 22, 32, 53
 - sosio-psikologis 68
 - specific protection 12
 - Speech Therapy 159
 - Specific Content Objective Approach 86
 - spiritual 53
 - status gizi balita 57
 - steward 130
 - stewardship 130
 - Stimulating the community 29
 - stimulus 40
 - stimulus sosial 60
 - stomatitisaphthosa 108
 - strategi 27
 - Strength Based 131
 - stroke 56
 - struktur organisasi 33
 - stunting 93

- supply side 130
- support 62
- supportive environment 34
- Supragingiva 107
- sustainable 1

T

- Tahap penyadaran 9
- Tahap transformasi 9
- tanah 64
- target 9
- technical assistance 30
- terapi 153
- the local leaders 29
- tipologi 91
- total attitude 61
- Total Needs 83
- transformasi 2
- treatment 165

U

- UCI 81
- udara 64
- UKGM 110
- UKS 168
- UNESCO 151
- Universal Child Immunization (UCI) 25
- Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) 104
- opportunities 2
- UPI 79

V

- valuing 62
- visual audio 120

W

- wabah kolera ehor 79
- WHO 51, 71
- work of the community 142
- World Health Organization 73