



BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN



Disusun
MUJIYONO, SKM, M.Kes

Prodi D III Kesehatan Lingkungan Kampus Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya
Jl. Tripanidita No 6 Magetan

KATA PENGANTAR

Buku ajar perkuliahan untuk mata kuliah Promosi Kesehatan ini disusun dan diterbitkan untuk memenuhi sebagian bahan ajar tentang Promosi Kesehatan di lingkungan Program Studi D III Kesehatan Lingkungan Kampus Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.

Buku ajar perkuliahan ini merupakan salah satu bacaan yang dapat membantu atau meringankan mahasiswa dalam mempelajari mata kuliah Promosi Kesehatan, tetapi meskipun sudah tersedia bahan kuliah dalam buku ajar ini, mahasiswa mahasiswa masih hrs mencari bahan-bahan lain untuk menutup kekurangan—kekurangan yang ada dalam buku diktat ini.

Materi buku ajar ini dirancang sebagai pegangan Dosen dan mahasiswa dengan mengacu pada kurikulum yang ada pada Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Surabaya yang telah dijabarkan dalam bentuk RPS dan Silabus

Buku ajar ini masih belum sempurna sepenuhnya, karenanya koreksi dan saran apapun demi kesempurnaan buku ini akan kami terima dengan senang hati.

Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ajar ini saya sampaikan terima kasih yang sebanyak-banyaknya dan akhirnya semoga buku ajar ini dapat berguna dan membantu para mahasiswa dalam menambah khasanah pengetahuannya.

Magetan , November 2019

Penulis

Mujiyono, SKM, M.Kes

DAFTAR ISI

Hal	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
BAB I	PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP PROMOSI KESEHATAN
	1
A.	Pengertian Promosi Kesehatan 4
B.	Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat dalam Pola Perilaku 5
C.	Strategi Promosi Kesehatan..... 9
D.	Definisi Pendidikan Kesehatan..... 10
E.	Tujuan Pendidikan Kesehatan..... 11
F.	Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan..... 13
G.	Sasaran Promosi Kesehatan..... 13
H.	Pendekatan Promosi Kesehatan.....
BAB II	ADVOKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN
A.	Pengertian 16
B.	Proses dan Arah Advokasi..... 16
C.	Arus Komunikasi Advokasi Kesehatan..... 17
D.	Prinsip advokasi Kesehatan..... 18
E.	Metode dan Tehnik Advokasi..... 19
F.	Argumentasi Untuk Advokasi..... 20
G.	Unsur Dasar Advokasi..... 21
H.	Pendekatan Utama Advokasi..... 21
I.	Langkah-langkah Advokasi..... 22
BAB III	KOMUNIKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN
A.	Komunikasi Umum..... 24
B.	Komunikasi Kesehatan..... 26
C.	Yang Berhubungan Dengan Komunikasi umum dan Kesehatan..... 27

BAB IV	MEDIA DALAM PROMOSI KESEHATAN	
A.	Manfaat Penggunaan Media Dalam Promosi kesehatan.....	31
B.	Tujuan Media Dalam Promosi Kesehatan.....	31
C.	Klasifikasi Media Dalam Promosi Kesehatan.....	31
D.	Macam/Jenis Media Dalam Promosi Kesehatan.....	33
E.	Langkah-langkah Penetapan Media.....	38
F.	Pesan Dalam Media.....	39
BAB V	PEMASARAN SOSIAL DALAM PROMOSI KESEHATAN	
A.	Pengertian Pemasaran dan Pemasaran Sosial.....	41
B.	Bauran Pemasaran.....	43
C.	Langkah-langkah dalam Mengembangkan Pemasaran Sosial	
D.	Faktor Penentu Dalam Pemasaran Sosial.....	44
		46
BAB VI	PERUBAHAN PERILAKU DALAM PROMOSI KESEHATAN	
A.	Pengertian.....	48
B.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku.....	51
C.	Perubahan Perilaku.....	52
D.	Bentuk-bentuk Perubahan Perilaku.....	56
E.	Strategi Perubahan Perilaku.....	56
F.	Cara-cara Perubahan Perilaku.....	57
BAB VII	SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT	
A.	Pengertian STBM.....	59
B.	Komponen STBM.....	65
C.	Lima Pilar STBM.....	67
D.	Prinsip-prinsip STBM.....	69
E.	Pilar Perubahan Perilaku.....	70
	DAFTAR PUSTAKA.....	79

LAMPIRAN

BAB I

PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP PROMOSI KESEHATAN

A. Pengertian Promosi Kesehatan.

Beberapa definisi promosi kesehatan telah dikemukakan, salah satunya definisi Ottawa Charter, bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Termasuk didalamnya adalah sehat secara fisik, mental dan sosial sehingga individu atau masyarakat dapat merealisasikan cita-citanya, mencukupi kebutuhan-kebutuhannya, serta mengubah atau mengatasi lingkungannya. Kesehatan adalah sumberdaya kehidupan bukan hanya objek untuk hidup. Kesehatan adalah suatu konsep yang positif yang tidak dapat dilepaskan dari social dan kekuatan personal. Jadi promosi kesehatan tidak hanya bertanggungjawab pada sektor kesehatan saja, melainkan juga gaya hidup untuk lebih sehat. (Keleher,et.al, 2007).

Disisi lain Nutbeam dalam Keleher, et.al (2007) menerangkan bahwa promosi kesehatan adalah proses sosial dan politis yang menyeluruh, yang tidak hanya menekankan pada kekuatan ketrampilan dan kemampuan individu , tetapi juga perubahan sosial, lingkungan dan kondisi ekonomi yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Jadi promosi kesehatan adalah proses untuk memungkinkan individu mengontrol faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan mengembangkan kesehatan individu dan masyarakat.. WHO (1998) menyebutkan bahwa promosi kesehatan adalah strategii inti untuk pengembangan kesehatan, yang merupakan suatu proses yang berkembang dan berkesinambungan pada status sosial dan kesehatan individu dan masyarakat. Dari beberapa definisi diatas, promosi kesehatan mempunyai beberapa level pengertian, sehingga konsep promosi kesehatan adalah semua upaya yang menekankan pada perubahan sosial, pengembangan lingkungan, pengembangan kemampuan individu dan kesempatan dalam masyarakat, dan merubah perilaku individu, organisasi dan sosial untuk meningkatkan status kesehatan individu dan masyarakat. (Keleher,et.al, 2007).

Berlandaskan konsep dasar tersebut, maka area promosi kesehatan pun tidaklah sempit, menurut Keleher,et.al, (2007) terdapat 10 (sepuluh) area tindakan promosi kesehatan, yaitu :

1. Membangun kebijakan kesehatan publik
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan
3. Memberdayakan masyarakat

4. Mengembangkan kemampuan personal
5. Berorientasi pada layanan kesehatan
6. Promote social responsibility of health
7. Meningkatkan investasi kesehatan dan ketidakadilan social
8. Meningkatkan konsolidasi dan memperluas kerjasama untuk kesehatan
9. Memberdayakan masyarakat dan meningkatkan kemampuan masyarakat.
10. Infrastruktur yang kuat untuk promosi kesehatan

Pada realitasnya, area-area promosi kesehatan itu harus dilakukan dengan menekankan pada prioritas supaya pelaksanaannya lebih terarah, efektif dan tepat sehingga tujuan tercapai.

Pada tahun 2011 sampai dengan 2016 area prioritas promosi kesehatan, adalah :

1. Social determinant of health, yang termasuk determinan sosial untuk kesehatan ini adalah kebijakan-kebijakan kesehatan, health equity, kesenjangan social termasuk juga persoalan-persoalan ekonomi.
2. Noncommunicable disease control and prevention. Di Indonesia, data penyakit tidak menular sebagai berikut, proporsi angka kematian penyakit tidak menular meningkat dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 59,5% pada tahun 2007. Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan tingginya prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia, seperti hipertensi (31,7 %), penyakit jantung (7,2%), stroke (0,83%), diabetes melitus (1,1%) dan diabetes melitus di perkotaan (5,7%), asma (3,5%), penyakit sendi (30,3%), kanker/tumor (0,43%), dan cedera lalu lintas darat (25,9%). Stroke merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, jumlahnya mencapai 15,4%, hipertensi 6,8%, cedera 6,5%, diabetes melitus 5,7%, kanker 5,7%, penyakit saluran nafas bawah kronik (5,1%), penyakit jantung iskemik 5,1%, dan penyakit jantung lainnya 4,6%. Faktor risiko penyakit tidak menular meliputi pola makan tidak sehat seperti pola makan rendah serat dan tinggi lemak serta konsumsi garam dan gula berlebih, kurang aktifitas fisik (olah raga) dan konsumsi rokok. Artinya bahwa perubahan pola penyakit di atas sangat dipengaruhi oleh perubahan lingkungan, transisi demografi, sosial ekonomi dan sosial budaya. Penyakit tidak menular menjadi salah satu tantangan dalam pembangunan bidang kesehatan.
3. Health promotion system, berkaitan dengan infrasturktur atau hal-hal yang yang mendukung promosi kesehatan, seperti kompetensi, alat dan pengalaman, penelitian dan pengembangan tentunya dengan melibatkan budaya, systemn dan teknologi-teknologi terbaru.

4. Promosi kesehatan yang berkelanjutan, melingkupi pendekatan-pendekatan kemitraan, pendekatan lingkungan, pencegahan bencana dan manajemen pasca bencana. Di saat melakukan promosi kesehatan dalam area-area tersebut maka dibutuhkan suatu strategi atau pendekatan-pendekatan tertentu supaya hasil yang didapatkan efektif dan tepat. Keleher, et.al (2007) menyampaikan 5 (lima) strategi (pendekatan) sebagai berikut :

1. Primary care / pencegahan penyakit
2. Pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku
3. Partisipasi pendidikan kesehatan
4. Community action
5. Socio-ecological health promotion.

Masing-masing dari pendekatan tersebut mempergunakan metode-metode / teknik yang berbeda-beda, misalnya kita akan melakukan suatu promosi kesehatan yang berkelanjutan (area no 4) maka strategi yang dapat digunakan salah satunya adalah dengan pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku. Bilamana mempergunakan strategi ini maka media informasi kesehatan, kelompok-kelompok diskusi, pengembangan ketrampilan personal akan lebih tepat sebagai metodenya. Dan tentunya pemilihan pendekatan atau metode selalu didahului dengan community analysis, karena menurut Dignan & Carr (1992) bahwa dalam setiap upaya promosi kesehatan melalui langkah-langkah berikut ini : Community analysis, targeted assessment, program plan development, implementation, evaluation.

Sebagai bentuk kesinambungan promosi kesehatan maka langkah-langkah peromosi kesehatan tidak bisa dilepaskan dari monitoring dan evaluasi. Suatu monitoring adalah Berikut ini tipe-tipe evaluasi (Fertman & Allensworth, 2010)

- a. Formative evaluation, menekankan pada informasi dan materi-materi selama program perencanaan dan pengembangan.
- b. Process evaluation, berkenaan dengan evaluasi pada informasi sistematis yang didapat selama implementasinya.
- c. Impact evaluation, menekankan pada efek atau isi mengenai tujuan yang akan dicapai,
- d. Outcome evaluation, menekankan apakah program ini dapat emmberikan hasil sampai sejauh mana perubahan perilaku yang didapatkan.

Promosi Kesehatan di Indonesia telah mempunyai visi, misi dan strategi yang jelas, sebagaimana tertuang dalam SK Menkes RI No. 1193/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan. Visi, misi dan strategi tersebut sejalan dan bersama program kesehatan Indonesia Sehat. Bilamana ditengok kembali hal ini sejalan dengan visi global. Visi Promosi Kesehatan adalah: “PHBS 2010”, yang mengindikasikan tentang terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya sehat. Visi tersebut adalah benar-benar visioner, menunjukkan arah, harapan yang berbau impian, tetapi bukannya tidak mungkin untuk dicapai. Visi tersebut juga menunjukkan dinamika atau gerak maju dari suasana lama (yang ingin diperbaiki) ke suasana baru (yang ingin dicapai). Visi tersebut juga menunjukkan bahwa bidang garapan Promosi kesehatan adalah aspek budaya (kultur), yang menjanjikan perubahan dari dalam diri manusia dalam interaksinya dengan lingkungannya dan karenanya bersifat lebih lestari.

Misi Promosi Kesehatan yang ditetapkan adalah: (1) Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat; (2) Membina suasana atau lingkungan yang kondusif bagi terciptanya phbs di masyarakat; (3) Melakukan advokasi kepada para pengambil keputusan dan penentu kebijakan. Misi tersebut telah menjelaskan tentang apa yang harus dan perlu dilakukan oleh Promosi Kesehatan dalam mencapai visinya. Misi tersebut juga menjelaskan fokus upaya dan kegiatan yang perlu dilakukan. Dari misi tersebut jelas bahwa berbagai kegiatan harus dilakukan serempak.

Selanjutnya, perlu disadari bahwa upaya promosi kesehatan merupakan tanggungjawab kita bersama, bahkan bukan sektor kesehatan semata, melainkan juga lintas sektor, masyarakat dan dunia usaha. Promosi kesehatan perlu didukung oleh semua pihak yang berkepentingan (stakeholders). Kesamaan pengertian, efektifitas kerjasama dan sinergi antara aparat kesehatan pusat, provinsi, kabupaten/kota dan semua pihak dari semua komponen bangsa adalah sangat penting dalam rangka mencapai visi, tujuan dan sasaran promosi kesehatan secara nasional. Semuanya itu adalah dalam rangka menuju Indonesia Sehat, yaitu Indonesia yang penduduknya hidup dalam perilaku dan budaya sehat, dalam lingkungan yang bersih dan kondusif dan mempunyai akses untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga dapat hidup sejahtera dan produktif

B . Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat dalam Pola Perilaku

Umumnya ada empat faktor yang dapat mempengaruhi masyarakat agar merubah perilakunya, yaitu :

- a. Fasilitasi, yaitu bila perilaku yang baru membuat hidup masyarakat yang melakukannya menjadi lebih mudah, misalnya adanya sumber air bersih yang lebih dekat;
- b. Pengertian yaitu bila perilaku yang baru masuk akal bagi masyarakat dalam konteks pengetahuan lokal,
- c. Persetujuan, yaitu bila tokoh panutan (seperti tokoh agama dan tokoh agama) setempat menyetujui dan mempraktekkan perilaku yang di anjurkan dan
- d. Kesanggupan untuk mengadakan perubahan secara fisik misalnya kemampuan untuk membangun jamban dengan teknologi murah namun tepat guna sesuai dengan potensi yang di miliki.

Pendekatan program promosi menekankan aspek "bersama masyarakat", dalam artian:

- 1) Bersama dengan masyarakat fasilitator mempelajari aspek-aspek penting dalam kehidupan masyarakat untuk memahami apa yang mereka kerjakan, perlukan dan inginkan,
- 2) Bersama dengan masyarakat fasilitator menyediakan alternatif yang menarik untuk perilaku yang beresiko misalnya jamban keluarga sehingga buang air besar dapat di lakukan dengan aman dan nyaman serta
- 3) Bersama dengan masyarakat petugas merencanakan program promosi kesehatan dan memantau dampaknya secara terus-menerus, berkesinambungan.

C. Strategi Promosi Kesehatan

Pembangunan sarana air bersih, sarana sanitasi dan program promosi kesehatan dapat dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan apabila :

- Program tersebut direncanakan sendiri oleh masyarakat berdasarkan atas identifikasi dan analisis situasi yang dihadapi oleh masyarakat, dilaksanakan, dikelola dan dimonitor sendiri oleh masyarakat.
- Ada pembinaan teknis terhadap pelaksanaan program tersebut oleh tim teknis pada tingkat Kecamatan.
- Ada dukungan dan kemudahan pelaksanaan oleh tim lintas sektoral dan tim lintas program di tingkat Kabupaten dan Propinsi.

Strategi untuk meningkatkan program promosi kesehatan, perlu dilakukan dengan langkah kegiatan sebagai berikut :

1) Advokasi di Tingkat Propinsi dan Kabupaten

Pada tingkat Propinsi dan tingkat Kabupaten dalam pelaksanaan Proyek PAMSIMAS telah dibentuk Tim Teknis Propinsi dan Tim Teknis Kabupten. Anggota Tim Teknis Propinsi dan Tim Teknis Kabupaten, adalah para petugas fungsional atau structural yang menguasai teknis operasional pada bidang tugasnya dan tidak mempunyai kendala untuk melakukan tugas lapangan. Advokasi dilakukan agar lintas sektor, lintas program atau LSM mengetahui tentang Proyek PAMSIMAS termasuk Program

Promosi Kesehatan dengan harapan mereka mau untuk melakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Mendukung rencana kegiatan promosi kesehatan. Dukungan yang dimaksud bisa berupa dana, kebijakan politis, maupun dukungan kemitraan;
- b. Sepakat untuk bersama-sama melaksanakan program promosi kesehatan; serta
- c. Mengetahui peran dan fungsi masing-masing sektor/unsur terkait.

2) Menjalin Kemitraan di Tingkat Kecamatan.

Melalui wadah organisasi tersebut Tim Fasilitator harus lebih aktif menjalin kemitraan dengan TKC untuk :

- mendukung program kesehatan.
- melakukan pembinaan teknis.
- mengintegrasikan program promosi kesehatan dengan program lain yang dilaksanakan oleh Sektor dan Program lain, terutama program usaha kesehatan sekolah, dan program lain di PUSKESMAS.

3) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Masyarakat

Untuk meningkatkan kemampuan masyarakat mengelola program promosi kesehatan, mulai dari perencanaan, implementasi kegiatan, monitoring dan evaluasi harus dilaksanakan sendiri oleh masyarakat, dengan menggunakan metoda MPA-PHAST. Untuk meningkatkan keterpaduan dan kesinambungan program promosi kesehatan dengan pembangunan sarana air bersih dan sanitasi, di tingkat desa harus dibentuk lembaga pengelola, dan pembinaan teknis oleh lintas program dan lintas sector terkait.

Pesan perubahan perilaku yang terlalu banyak sering membuat bingung masyarakat, oleh karena itu perlu masyarakat memilih dua atau tiga perubahan perilaku terlebih dahulu. Perubahan perilaku beresiko diprioritaskan dalam program higiene sanitasi pada Proyek PAMSIMAS di sekolah dan di masyarakat :

- Pembuangan tinja yang aman.
- Cuci tangan pakai sabun
- Pengamanan air minum dan makanan.
- Pengelolaan sampah
- Pengelolaan limbah cair rumah tangga

Setelah masyarakat timbul kesadaran, kemauan / minat untuk merubah perilaku buang kotoran ditempat terbuka menjadi perilaku buang kotoran di tempat terpusat (jamban), masyarakat dapat mulai membangun sarana sanitasi (jamban keluarga) yang harus dibangun oleh masing-masing anggotarumah tangga dengan dana swadaya. Masyarakat harus menentukan kapan dapat mencapai agar semua rumah tangga mempunyai jamban. Pembangunan sarana jamban sekolah, tempat cuci tangan dan sarana air bersih di sekolah, menggunakan dana hibah desa atau sumber dana lain. Fasilitator harus mampu memberikan informasi pilihan agar masyarakat dapat memilih jenis sarana sanitasi sesuai dengan kemampuan dan kondisi lingkungannya (melalui pendekatan partisipatori).

4) Peran Berbagai Pihak dalam Promosi Kesehatan

Peran Tingkat Pusat

Ada 2 unit utama di tingkat Pusat yang terkait dalam Promosi Kesehatan, yaitu:

1. Pusat Promosi Kesehatan dan
2. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Pengelolaan promosi kesehatan khususnya terkait program Pamsimas di tingkat Pusat perlu mengembangkan tugas dan juga tanggung jawab antara lain:

- a. Mengembangkan dan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang terkait dengan kegiatan promosi kesehatan secara nasional
- b. Mengkaji metode dan teknik-teknik promosi kesehatan yang efektif untuk pengembangan model promosi kesehatan di daerah
- c. Mengkoordinasikan dan mensinkronisasikan pengelolaan promosi kesehatan di tingkat pusat

- d. Menggalang kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan lain yang terkait
- e. Melaksanakan kampanye kesehatan terkait Pamsimas secara nasional
- f. Bimbingan teknis, fasilitasi, monitoring dan evaluasi

Peran Tingkat Propinsi

Sebagai unit yang berada dibawah secara sub-ordinasi Pusat, maka peran tingkat Provinsi, khususnya kegiatan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi antara lain sebagai berikut:

- a. Menjabarkan kebijakan promosi kesehatan nasional menjadi kebijakan promosi kesehatan local (provinsi) untuk mendukung penyelenggaraan promosi kesehatan dalam wilayah kerja Pamsimas
- b. Meningkatkan kemampuan Kabupaten/Kota dalam penyelenggaraan promosi kesehatan, terutama dibidang penggerakan dan pemberdayaan masyarakat agar mampu ber-PHBS.
- c. Membangun suasana yang kondusif dalam upaya melakukan pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat pada level provinsi
- d. Menggalang dukungan dan meningkatkan kemitraan dari berbagai pihak serta mengintegrasikan penyelenggaraan promosi kesehatan dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam pencapaian PHBS dalam level Provinsi

Peran Tingkat Kabupaten

Promosi Kesehatan yang diselenggarakan di tingkat Kabupaten, khususnya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dapat mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kemampuan Puskesmas, dan sarana kesehatan lainnya dalam penyelenggaraan promosi kesehatan, terutama dibidang penggerakan dan pemberdayaan masyarakat agar mampu ber-PHBS.
- b. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat
- c. Membangun suasana yang kondusif dalam upaya melakukan pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Menggalang dukungan dan meningkatkan kemitraan dari berbagai pihak serta mengintegrasikan penyelenggaraan promosi kesehatan dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam pencapaian PHBS.

D. Definisi Pendidikan Kesehatan

Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan merupakan cabang dari ilmu kesehatan yang mempunyai dua sisi, yakni sisi ilmu dan sisi seni.

Dilihat dari sisi seni, yakni aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang bagi program-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

Menurut WHO 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).

Menurut Australian Health Foundansion Promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Green dan Ottoson,1998).

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain.

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Ini bukan sekedar pengubahan gaya hidup saja, namun berkairan dengan pengubahan lingkungan yang diharapkan dapat lebih mendukung dalam membuat keputusan yang sehat.

Definisi yang bahkan lebih sederhana diajukan oleh Larry Green dan para koleganya yang menulis bahwa pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk mempermudah adaptasisukarela terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan.

E. Tujuan Pendidikan kesehatan

Perhatian utama dalam promosi kesehatan adalah mengetahui visi serta misi yang jelas. Dalam konteks promosi kesehatan “ Visi “ merupakan sesuatu atau tujuan 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).

Adapun visi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut : “Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial.”

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.

Dalam mencapai 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. Advokasi (Advocation)

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

2. Menjembatani (Mediate)

Kegiatan pelaksanaan program-program kesehatan perlu adanya suatu kerjasama 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 sektor-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 kerjasama 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.

F. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Secara sederhana ruang lingkup promosi kesehatan diantaranya sebagai berikut :

- a. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (health education) yang penekanannya pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan.
- b. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial (social marketing), yang penekanannya pada pengenalan produk/jasa melalui kampanye.
- c. Promosi kesehatan adalah upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi) yang tekanannya pada penyebaran informasi.
- d. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (promotif) yang penekanannya pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
- e. Promosi kesehatan mencakup upaya advokasi di bidang kesehatan, yaitu upaya untuk mempengaruhi lingkungan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang /sektor, sesuai keadaan).
- f. Promosi kesehatan adalah juga pengorganisasian masyarakat (community organization), pengembangan masyarakat (community development), penggerakan masyarakat (social mobilization), pemberdayaan masyarakat (community empowerment), dll.

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoadmodjo, ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari 2 dimensi yaitu:

- a. Dimensi aspek pelayanan kesehatan, dan
- b. Dimensi tatanan (setting) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.

Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan.

Secara umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup 4 aspek pokok, yakni:

- promotif,
- preventif,
- kuratif, dan
- rehabilitatif.

Sedangkan ahli lainnya membagi menjadi dua aspek, yakni :

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

Dengan demikian maka ruang lingkup promosi kesehatan dikelompok menjadi dua yaitu :

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

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tata laksana.

Ruang lingkup promosi kesehatan ini dikelompokkan menjadi :

- a. Promosi kesehatan pada tata laksana keluarga (rumah tangga).
- b. Pendidikan kesehatan pada tata laksana sekolah.
- c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja.
- d. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum.
- e. Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan.

Pada ruang lingkup tingkat pelayanan kesehatan promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (five level of prevention) dari Leavel and Clark.

- a. Promosi Kesehatan.
- b. Perlindungan khusus (specific protection).
- c. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment).
- d. Pembatasan cacat (disability limitation)
- e. Rehabilitasi (rehabilitation).

G. Sasaran Promosi Kesehatan

Berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan, maka sasaran dibagi dalam tiga kelompok sasaran, yaitu :

1. Sasaran Primer (primary target)

Sasaran umumnya adalah masyarakat yang dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, Ibu hamil dan menyusui anak untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) serta anak sekolah untuk kesehatan remaja dan lain sebagainya. Sasaran promosi ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).

2. Sasaran Sekunder (secondary target)

Sasaran sekunder dalam promosi kesehatan adalah tokoh-tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh penting dalam kegiatan promosi kesehatan, dengan harapan setelah diberikan promosi kesehatan maka masyarakat tersebut akan dapat kembali memberikan atau kembali menyampaikan promosi kesehatan pada lingkungan masyarakat sekitarnya. Tokoh masyarakat yang telah mendapatkan promosi kesehatan diharapkan pula agar dapat menjadi model dalam perilaku hidup sehat untuk masyarakat sekitarnya.

3. Sasaran Tersier (tertiary target)

Adapun yang menjadi sasaran tersier dalam promosi kesehatan adalah pembuat keputusan (decision maker) atau penentu kebijakan (policy maker). Hal ini dilakukan dengan suatu harapan agar kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok tersebut akan memiliki efek/dampak serta pengaruh bagi sasaran sekunder maupun sasaran primer dan usaha ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy)

H. Pendekatan Promosi Kesehatan

1. Pendekatan Medik

Tujuan dari pendekatan ini adalah kebebasan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan metode persuasive maupun paternalistic. Sebagai contoh, memberitahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan klinik keluarga berencana dan pria umur pertengahan untuk dilakukan screening tekanan darah. Pendekatan

ini memberikan arti penting dari tindakan pencegahan medic dan tanggung jawab profesi kedokteran untuk membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

2. Pendekatan Perubahan Perilaku

Tujuan dari pendekatan ini adalah mengubah sikap dan perilaku individu masyarakat, sehingga mereka mengambil gaya hidup “ sehat “. Contohnya antara lain mengajarkan orang bagaimana menghentikan merokok, pendidikan tentang minum alcohol “ wajar “, mendorong orang untuk melakukan latihan olahraga, memelihara gigi, makan makanan yang baik dan seterusnya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa gaya hidup “sehat “merupakan hal paling baik bagi kliennya dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang menguntungkan.

3. Pendekatan Edukasional

Tujuan dari pendekatan ini adalah memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perihal kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Informasi tentang kesehatan disajikan dan orang dibantu untuk menggali nilai dan sikap, dan membuat keputusan mereka sendiri. Bantuan dalam melaksanakan keputusan-keputusan itu dan mengadopsi praktek kesehatan baru dapat pula ditawarkan, program pendidikan kesehatan sekolah, misalnya menekankan membantu murid mempelajari ketrampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuannya. orang-orang yang mendukung pendekatan ini akan memberi arti tinggi bagi proses pendidikan, akan menghargai hal individu untuk memilih perilaku mereka sendiri, dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka mengangkat bersama persoalan-persoalan kesehatan yang mereka anggap menjadi hal yang paling baik bagi klien mereka.

4. Pendekatan Berpusat Pada Klien

Tujuan dari pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai dengan kepentingan dan nilai mereka. Peran promotor kesehatan adalah bertindak sebagai fasilitator, membantu orang mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan serta ketrampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan. Pemberdayaan diri sendiri klien dilihat sebagai central dari tujuan ini. Klien dihargai sama yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan

kemampuan berkontribusi dan siapa yang mempunyai hak absolute untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

5. Pendekatan Perubahan Sosial

Tujuan dari pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, social dan ekonomi, supaya dapat membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Contohnya adalah mengubah masyarakat, bukan pada pengubahan perilaku individu-individunya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, mempunyai komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat daripada pembentukan kehidupan individu-individu orang yang tinggal di tempat itu.

BAB II

ADVOKASI DALAM PROMKES

A. Pengertian.

Kurang berhasil atau kegagalan suatu program kesehatan, sering di sebabkan oleh karena kurang atau tidak adanya dukungan dari para pembuat keputusan, baik di tingkat nasional maupun lokal (provinsi, kabupaten, atau kecamatan). Akibat kurangnya dukungan itu, antara lain rendahnya alokasi anggaran untuk program kesehatan, kurangnya sarana dan prasarana, tidak adanya kebijakan yang menguntungkan bagi kesehatan dan sebagainya. Untuk memperoleh atau meningkatkan dukungan atau komitmen dari para pembuat kebijakan, termasuk para pejabat lintas sektoral diperlukan upaya disebut advokasi.

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan di bidang hukum atau pengadilan. Seseorang yang sedang tersangkut perkara atau pelanggaran hukum, agar memperoleh keadilan yang sesungguhnya. Mengacu kepada istilah advokasi di bidang hukum tersebut, maka advokasi dalam kesehatan diartikan upaya untuk memperoleh pembelaan, bantuan, atau dukungan terhadap program kesehatan.

Menurut Webster Encyclopedia advokasi adalah "act of pleading for supporting or recommending active espousal" atau tindakan pembelaan, dukungan, atau rekomendasi : dukungan aktif.

Menurut ahli retorika (Foss and Foss, et al : 1980) advokasi diartikan sebagai upaya persuasi yang mencakup kegiatan : penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu hal.

Menurut Hopkins (1990) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif. Dari beberapa catatan tersebut dapat disimpulkan secara ringkas, bahwa advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

B. Proses dan Arah Advokasi.

Proses advocacy(advokasi) di bidang kesehatan mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global Pendidikan atau promosi kesehatan.

WHO merumuskan, bahwa dalam mewujudkan visi dan misi Promosi Kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok, yakni: 1. *advocacy* (advokasi), 2. *Social Support* (dukungan sosial) dan 3. *Empowerment* (pemberdayaan masyarakat).

Strategi global ini dimaksudkan bahwa, dalam pelaksanaan suatu program kesehatan didalam masyarakat, maka langkah yang di ambil adalah:

1. Melakukan pendekatan / lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan "*committed*". Dan akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam kesehatan para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah ini disebut sasaran tersier.
2. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh masyarakat formal maupun informal.
3. Selanjutnya petugas kesehatan bersama-sama tokoh masyarakat tersebut melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling, dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media.

Advokasi di artikan sebagai upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, orang yang menjadi sasaran atau target advokasi ini para pimpinan suatu organisasi atau institusi kerja baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi kemasyarakatan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan (tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan dan kelurahan)

Dalam advokasi peran komunikasi sangat penting sebab dalam advokasi merupakan aplikasi dari komunikasi interpersonal, maupun massa yang di tujukan kepada para penentu kebijakan (policy makers) atau para pembuat keputusan (decision makers)pada semua tingkat dan tatanan sosial.

C. Arus Komunikasi Advokasi Kesehatan.

Arus komunikasi advokasi Kesehatan. Komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan memerlukan kiat khusus agar komunikasi tersebut efektif antara lain sebagai berikut:

1. Jelas (*clear*): pesan yang disampaikan kepada sasaran harus disusun sedemikian rupa sehingga jelas, baik isinya maupun bahasa yang digunakan.
2. Benar (*correct*): apa yg disampaikan (pesan) harus didasarkan kepada kebenaran. Pesan yang benar adalah pesan yang disertai fakta atau data empiris.

3. Kongkret (*concrete*): apabila petugas kesehatan dalam advokasi mengajukan usulan program yang dimintakan dukungan dari para pejabat terkait, maka harus dirumuskan dalam bentuk yang kongkrit (bukan kira-kira) atau dalam bentuk operasional.
4. Lengkap (*complete*): timbulnya kesalahpahaman atau mis komunikasi adalah karena belum lengkapnya pesan yang disampaikan kepada orang lain.
5. Ringkas (*concise*) : pesan komunikasi harus lengkap, tetapi padat, tidak bertele-tele.
6. Meyakinkan (*convince*) : agar komunikasi advokasi kita di terima oleh para pejabat, maka harus meyakinkan, agar komunikasi advokasi kita diterima
7. Kontekstual (*contextual*): advokasi kesehatan hendaknya bersifat kontekstual. Artinya pesan atau program yang akan diadvokasi harus diletakkan atau di kaitkan dengan masalah pembangunan daerah bersangkutan. Pesan-pesan atau program-program kesehatan apapun harus dikaitkan dengan upaya-upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat pemerintah setempat.
8. Berani (*courage*): seorang petugas kesehatan yang akan melakukan advokasi kepada para pejabat, harus mempunyai keberanian berargumentasi dan berdiskusi dengan para pejabat yang bersangkutan.
9. Hati-hati (*contious*): meskipun berani, tetapi harus hati-hati dan tidak boleh keluar dari etika berkomunikasi dengan para pejabat, hindari sikap "menggurui" para pejabat yang bersangkutan.
10. Sopan (*courteous*): disamping hati-hati, advokator harus bersikap sopan, baik sopan dalam tutur kata maupun penampilan fisik, termasuk cara berpakaian.

Advokasi adalah suatu kegiatan untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem dari para pembuat keputusan atau pejabat pembuat kebijakan (WHO, 1989). Oleh karena itu, tujuan utama advokasi adalah memberikan dorongan dan dukungan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan publik yang berkaitan dengan program-program kesehatan.

D. Prinsip Dasar Advokasi

Advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan adanya sistem yang mendukung terhadap suatu program kesehatan. Untuk mencapai tujuan advokasi ini, dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan atau pendekatan. Untuk melakukan kegiatan advokasi yang efektif memerlukan argumen yang kuat. Oleh sebab itu, prinsip-prinsip

advokasi ini akan membahas tentang tujuan, kegiatan, dan argumentasi-argumentasi advokasi.

Dari batasan advokasi tersebut, secara inklusif terkandung tujuan-tujuan advokasi, yakni: *political commitment*, *policy support*, *social acceptance* dan *sistem support*.

a. Komitmen politik (*political comitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau alat penentu kebijakan di tingkat dan disektor manapun terhadap permasalahan kesehatan tersebut. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjal.

b. Dukungan kebijakan (*policy support*)

Dukungan kongkrit yang diberikan oleh para pemimpin institusi disemua tingkat dan disemua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dilanjutkan dengan dikeluarkannya kebijakan kongkret dari para pembuat keputusan tersebut.

c. Penerimaan Sosial (*social acceptance*)

Penerimaan sosial, artinya diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apapun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut, yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat.

d. Dukungan Sistem (*System Support*)

Adanya sistem atau organisasi kerja yang memasukkan unit pelayanan atau program kesehatan dalam suatu institusi atau sektor pembangunan adalah mengindikasikan adanya dukungan sistem

E. Metode dan Tehnik Advokasi

Seperti yang diuraikan di atas, bahwa tujuan utama advokasi di sektor kesehatan adalah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat.

Metode atau cara dan tehnik advokasi untuk mencapai tujuan itu semua ada bermacam-macam, antara lain:

1. Lobi Politik (*political lobbying*)

Lobi adalah bincang-bincangsecara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang dilaksanakan

2. Serminar / Presentasi

Seminar / presentasi yang di hadiri oleh para pejabat lintas program dan sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan diwilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian dibahas bersama-sama, yang akhirnya diharafkan memperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

3. Media

Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan mengumpulkan media, khususnya media massa.

4. Perkumpulan (*asosiasi*) Peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau interest terhadap permasalahan tertentu atau perkumpulan profesi, juga merupakan bentuk advokasi.

F. Argumentasi Untuk Advokasi.

Secara sederhana, advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sedemikian rupa sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas dan dana terhadap program yang ditawarkan.

Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, memerlukan argumentasi – argumentasi yang kuat. Dengan kata lain, berhasil tidaknya advokasi bergantung pada kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Di bawah ini ada beberapa hal yang dapat memperkuat argumen dalam melakukan kegiatan advokasi, antara lain:

a. Kredibilitas (*Credible*)

Kredibilitas (*Credible*) adalah suatu sifat pada seseorang atau institusi yang menyebabkan orang atau pihak lain mempercayainya atau meyakinkannya.

Orang yang akan melakukan advokasi (petugas kesehatan) harus *Credible*. Seseorang itu *Credible* apabila mempunyai 3 sifat, yakni:

- 1) *Capability* (kapabilitas), yakni mempunyai kemampuan tentang bidangnya.
- 2) *Autority* (otoritas), yakni adanya otoritas atau wewenang yang dimiliki seseorang berdasarkan aturan organisasi yang bersangkutan.
- 3) *Integrity* (integritas), adalah komitmen seseorang terhadap jabatan atau tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

b. Layak (*Feasible*)

Artinya program yang diajukan tersebut baik secara tehnik, politik, maupun ekonomi dimungkinkan atau layak. Secara tehnik layak (*feasible*) artinya program tersebut dapat dilaksanakan. Artinya dari segi petugas yang akan melaksanakan program tersebut, mempunyai kemampuan yang baik atau cukup.

c. Relevan (*Relevant*)

Artinya program yang yang diajukan tersebut tidak mencakup 2 kriteria, yakni : memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat.

d. Penting dan Mendesak (*Urgent*)

Artinya program yang diajukan harus mempunyai urgensi yang tinggi: harus segera dilaksanakan dan kalau tidak segera dilaksanakan akan menimbulkan masalah

G. Unsur Dasar Advokasi.

Ada 8 unsur dasar advokasi yaitu:

1. Penetapan tujuan advokasi
2. Pemanfaatan data riset untuk advokasi
3. Identifikasi khalayak sasaran advokasi
4. Pengembangan dan penyampaian pesan advokasi
5. Membangun koalisi
6. Membuat presentasi yang persuasif
7. Penggalangan dana untuk advokasi
8. Evaluasi upayaadvokasi

H. Pendekatan Utama Advokasi.

Ada 5 pendekatan utama dalam advokasi (UNFPA dan BKKBN 2002) yaitu:

1. Melibatkan para pemimpin

Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan publik sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah sosial termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.

2. Bekerja dengan media massa

Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini publik. Media juga sangat kuat dalam mempengaruhi persepsi publik atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi.

3. Membangun kemitraan

Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi-organisasi dan sektor lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama/hampir sama.

4. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok-kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar termotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas disini di maksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif dan membangun *critical mass* pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain.

I. Langkah-langkah Advokasi.

Advokasi adalah proses atau kegiatan yang hasil akhirnya adalah diperolehnya dukungan dari para pembuat keputusan terhadap program kesehatan yang ditawarkan atau diusulkan. Oleh sebab itu, proses ini antara lain melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. Tahap persiapan

Persiapan advokasi yang paling penting adalah menyusun bahan (materi) atau instrumen advokasi.

2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan advokasi sangat tergantung dari metode atau cara advokasi. Cara advokasi yang sering digunakan adalah lobi dan seminar atau presentasi.

3. Tahap penilaian

Seperti yang disebutkan diatas bahwa hasil advokasi yang diharapkan adalah adanya dukungan dari pembuat keputusan, baik dalam bentuk perangkat lunak (*software*) maupun perangkat keras (*hardware*). Oleh sebab itu, untuk menilai atau mengevaluasi keberhasilan advokasi dapat menggunakan indikator-indikator seperti dibawah ini:

a. *Software* (piranti lunak): misalnya dikeluarkannya:

- Undang-undang
- Peraturan pemerintah
- Peraturan pemerintah daerah (perda)
- Keputusan menteri
- Surat keputusan gubernur/ bupati
- Nota kesepahaman(MOU), dan sebagainya

b. *Hardware* (piranti keras): misalnya:

- Meningkatnya anggaran kesehatan dalam APBN atau APBD
- Meningkatnya anggaran untuk satu program yang di prioritaskan
- Adanya bantuan peralatan, sarana atau prasarana program dan sebagainya.

BAB III

KOMUNIKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Komunikasi Umum

Sebagaimana dikemukakan John R. Wenzel dan William W. Wilmot juga Kenneth K. Sereno dan Edward M. Bodaken, setidaknya ada tiga pemahaman mengenai komunikasi, yakni komunikasi sebagai tindakan satu-arah, komunikasi sebagai interaksi, dan komunikasi sebagai transaksi.

Suatu pemahaman populer mengenai komunikasi manusia adalah komunikasi yang mengisyaratkan penyampaian pesan searah dari seseorang (atau suatu lembaga) kepada seseorang (sekelompok orang) baik secara langsung (tatap-muka) ataupun melalui media (selebaran), surat kabar, majalah, radio, atau televisi. Misalnya, seseorang itu mempunyai informasi mengenai suatu masalah, lalu ia menyampaikannya kepada orang lain, orang lain mendengarkan, dan mungkin berperilaku sebagai hasil mendengarkan pesan tersebut, lalu komunikasi dianggap telah terjadi. Jadi, komunikasi dianggap suatu proses linier yang dimulai dengan sumber atau pengirim dan berakhir pada penerima, sasaran atau tujuannya. Komunikasi sebagai tindakan satu arah Pemahaman komunikasi sebagai proses searah ini oleh Michael Burgoon disebut sebagai "definisi berorientasi-sumber" (source-oriented definition) Definisi seperti ini mengisyaratkan komunikasi sebagai semua kegiatan yang secara sengaja dilakukan seseorang untuk menyampaikan rangsangan untuk membangkitkan respons orang lain. Dalam konteks ini, komunikasi dianggap suatu tindakan yang disengaja (intentional act) untuk menyampaikan pesan demi memenuhi kebutuhan komunikator, seperti menjelaskan sesuatu kepada orang lain atau membujuknya untuk melakukan sesuatu. Definisi komunikasi demikian mengabaikan komunikasi yang tidak disengaja, seperti pesan yang tidak direncanakan yang terkandung dalam nada suara atau ekspresi wajah, atau isyarat lain yang spontan. Definisi-definisi berorientasi-sumber ini juga mengabaikan sifat prosedural interaksi-memberi dan menerima yang menimbulkan pengaruh timbal balik antara pembicara dan pendengar. Singkatnya, konseptualisasi komunikasi sebagai tindakan satu-arah menyoroti penyampaian pesan yang efektif dan mengisyaratkan bahwa semua kegiatan komunikasi bersifat persuasif. Beberapa definisi yang sesuai dengan konsep ini adalah sebagai berikut.

Bernard Berelson dan Gary A. Steiner: "Komunikasi: transmisi informasi, gagasan, emosi, keterampilan dan sebagainya, dengan menggunakan simbol-simbol kata-kata, gambar, figur,

grafik, dan sebagainya. Tindakan atau proses transmisi itulah yang biasanya disebut komunikasi."

Theodore M. Newcomb:

"Setiap tindakan komunikasi dipandang sebagai suatu transmisi informasi terdiri dari rangsangan yang diskriminatif, dari sumber kepada penerima

Raymond S. Ross:

"Komunikasi (intensional) adalah suatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respons dari pikirannya yang serupa dengan yang dimaksudkan komunikator."

• **Komunikasi sebagai interaksi**

Konseptualisasi kedua yang sering diterapkan pada komunikasi interaksi. Pandangan ini menyetarakan komunikasi dengan proses sebab-akibat atau aksi-reaksi, yang arahnya bergantung pada seseorang menyampaikan pesan, baik verbal atau nonverbal, seorang penerima bereaksi dengan memberi jawaban verbal atau anggukkan kepala, kemudian orang pertama bereaksi lagi menerima respons atau umpan balik dari orang kedua, dan begitu seterusnya.

• **Komunikasi sebagai transaksi**

Ketika anda mendengarkan seseorang yang berbicara, sebenarnya pada saat itu bisa saja anda pun mengirimkan pesan secara nonverbal (isyarat tangan, ekspresi wajah, nada suara, dan sebagainya) kepada pembicara tadi. Anda menafsirkan bukan hanya kata-kata pembicara tadi, juga perilaku nonverbalnya. Dua orang atau beberapa orang yang berkomunikasi, saling bertanya, berkomentar, menyela, mengganggu, menggeleng, mendeheh, mengangkat bahu, memberi isyarat dengan tangan, tersenyum, tertawa, menatap, dan sebagainya, sehingga proses penyandian (encoding) dan penyandian-balik (decoding) bersifat spontan dan simultan di antara orang-orang yang terlibat dalam komunikasi. Semakin banyak orang yang berkomunikasi, semakin rumit transaksi komunikasi yang terjadi. Bila empat orang peserta terlibat dalam komunikasi, akan terdapat lebih banyak peran, hubungan yang lebih rumit, dan lebih banyak pesan verbal dan nonverbal.

Dalam konteks ini komunikasi adalah suatu proses personal karena makna atau pemahaman yang kita peroleh pada dasarnya bersifat pribadi. Penafsiran anda atas perilaku verbal dan nonverbal orang lain yang anda kemukakan kepadanya juga mengubah penafsiran orang lain tersebut atas pesan-pesan anda, dan pada gilirannya, mengubah penafsiran anda atas pesan-pesannya, begitu seterusnya. Menggunakan pandangan ini, tampak bahwa komunikasi

bersifat dinamis. Pandangan inilah yang disebut komunikasi sebagai transaksi, yang lebih sesuai untuk komunikasi tatap muka yang memungkinkan pesan atau respons verbal dan nonverbal bisa diketahui secara langsung.

Kelebihan konseptualisasi komunikasi sebagai transaksi adalah bahwa komunikasi tersebut tidak membatasi kita pada komunikasi yang disengaja atau respons yang dapat diamati. Artinya, komunikasi terjadi apakah para pelakunya menyengajanya atau tidak, dan bahkan meskipun menghasilkan respons yang tidak dapat diamati. Berdiam diri, mengabaikan orang lain di sekitar, bahkan meninggalkan ruangan, semuanya bentuk-bentuk komunikasi, semuanya mengirimkan sejenis pesan. Gaya pakaian dan rambut anda, ekspresi wajah anda, jarak fisik antara anda dengan orang lain, nada suara anda, kata-kata yang anda gunakan, semua itu mengkomunikasikan sikap, kebutuhan, perasaan dan penilaian anda. Dalam komunikasi transaksional, komunikasi dianggap telah berlangsung bila seseorang telah menafsirkan perilaku orang lain, baik perilaku verbal maupun perilaku nonverbalnya. Beberapa definisi yang sesuai dengan pemahaman ini adalah, antara lain: **John. R. Wenburg dan William W. Wilmot:** "Komunikasi adalah suatu usaha untuk memperoleh makna"

William I. Gordon: "Komunikasi secara ringkas dapat didefinisikan sebagai suatu transaksi dinamis yang melibatkan gagasan dan perasaan."

B. Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah proses penyampaian pesan kesehatan oleh komunikator melalui saluran/media tertentu kepada komunikan dengan tujuan untuk mendorong perilaku manusia tercapainya kesejahteraan sebagai kekuatan yang mengarah kepada keadaan (status) sehat utuh secara fisik, mental (rohani), dan sosial.

Kesehatan komunikasi dapat didefinisikan sebagai "Seni dan teknik pemberitahuan, mempengaruhi, dan memotivasi penonton individu, kelembagaan, dan publik tentang isu-isu kesehatan penting. Ruang lingkup komunikasi kesehatan meliputi pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan kesehatan, dan bisnis perawatan kesehatan serta peningkatan kualitas hidup dan kesehatan individu dalam masyarakat" - People Sehat 2010, hal 11-20 "Sebuah bidang teori, riset dan praktek yang berkaitan dengan pemahaman dan saling ketergantungan mempengaruhi komunikasi (interaksi simbolik dalam bentuk pesan dan makna) dan kepercayaan kesehatan terkait, perilaku dan hasil." Cline, R. 2003 "Komunikasi Kesehatan adalah pendekatan yang beragam dan multidisiplin untuk mencapai audiens yang berbeda dan berbagi informasi kesehatan terkait dengan tujuan mempengaruhi,

menarik dan mendukung individu, masyarakat, profesional kesehatan, kelompok khusus, pembuat kebijakan dan masyarakat untuk juara, memperkenalkan, mengadopsi, atau mendukung perilaku, praktek atau kebijakan yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil kesehatan. "Schiavo, R. 2007, p. 7 atau mekanisme dimana pesan-pesan kesehatan dikomunikasikan dari para pakar di bidang kesehatan medis dan masyarakat untuk orang-orang yang dapat dibantu dengan pesan-pesan ini.

C. Yang Berhubungan Dengan Komunikasi Umum Dan Komunukasi Kesehatan

a. Sumber

Semua peristiwa komunikasi akan melibatkan sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi. Dalam komunikasi antarmanusia, sumber bisa terdiri dari satu orang, tetapi bisa juga dalam bentuk kelompok misalnya partai, organisasi atau lembaga. Sumber sering disebut pengirim, komunikator atau dalam bahasa Inggrisnya disebut source, sender atau encoder. Seringkali dalam berkomunikasi, komunikator itu dipandang bukan isi pesannya yang diperhatikan oleh masyarakat, tapi "siapa dia" atau "sebagai apa" dia yang menyampaikan pesan tersebut. Ini berkaitan erat dengan kredibilitas (credibility) yang melekat pada diri seseorang.

Hovland dan Weiss menyebutkan bahwa kredibilitas dari seseorang terdiri dari dua unsur:

- expertise (keahlian)
- trustworthiness (dapat dipercaya)

Tapi kita tidak bisa melupakan faktor lain yang selalu mengikuti kredibilitas sehingga lebih efektif yaitu faktor atraksi komunikator (Source attractiveness) dan kekuasaan (source power).

Menurut Herbert C, Kelman, komunikasi yang kita lakukan akan mempengaruhi tiga hal pada orang lain: internalisasi (intemalization) karena sesuai dengan sistem nilai yang dimilikinya, identifikasi (identification) karena berhubungan dengan sesuatu yang memberikan kepuasan sehingga memperjelas konsep dirinya, dan ketundukan / kepatuhan (compliance) karena berharap mendapatkan reaksi yang menyenangkan dari komunikasi tersebut.

Oleh karena itu penting bagi seorang komunikator untuk bisa "menunjukkan" dirinya terlebih dahulu sebelum melakukan komunikasi. Untuk dapat menunjukkan diri perlu persiapan yang sangat matang terutama persiapan secara inteligensia dan pengetahuan yang amat matang

b. Pesan

Pesan yang dimaksud dalam proses komunikasi adalah Sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Pesan dapat disampaikan dengan cara tatap muka atau melalui media komunikasi. Isinya bisa berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat atau propaganda. Dalam bahasa Inggris pesan biasanya diterjemahkan dengan kata message, content atau information. Supaya komunikasi sesuai dengan yang diharapkan, maka materi pesan harus jelas terutama dari segi bahasanya, agar terdapat kesamaan persepsi, kesamaan arti sehingga memudahkan terjadinya proses komunikasi.

c. Media

Media yang dimaksud di sini ialah alat yang digunakan untuk memindahkan pesan dan sumber kepada penerima. Terdapat beberapa pendapat mengenai saluran atau media. Ada yang menilai bahwa media bisa bermacam-macam bentuknya, misalnya dalam komunikasi antarpribadi pancaindera dianggap sebagai media komunikasi.

Selain indera manusia, ada juga saluran- komunikasi seperti telepon, surat, telegram yang digolongkan sebagai media komunikasi antarpribadi.

Dalam komunikasi massa, media adalah alat yang dapat menghubungkan antara sumber dan penerima yang sifatnya terbuka, di mana setiap orang dapat melihat, membaca dan mendengarnya. Media dalam komunikasi massa dapat dibedakan atas dua macam, yakni media cetak dan media elektronik.

Media cetak seperti halnya surat kabar, majalah, buku, leaflet, brosur, stiker, buletin, hand out, poster, spanduk, dan sebagainya. Sedangkan media elektronik antara lain: radio, film, televisi, video recording, komputer, electronic board, audio cassette dan sebagainya. Berkat perkembangan teknologi komunikasi khususnya di bidang komunikasi massa elektronik yang begitu cepat, maka media massa elektronik makin banyak bentuknya, dan makin mengaburkan batas-batas untuk membedakan antara media komunikasi massa dan komunikasi antarpribadi. Hal ini disebabkan karena makin canggihnya media komunikasi itu sendiri yang bisa dikombinasikan (multi-media) antara satu sama lainnya

d. Penerima

Penerima adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber. Penerima bisa terdiri satu orang atau lebih, bisa dalam bentuk kelompok, partai atau negara. Penerima biasa disebut dengan berbagai macam istilah, seperti khalayak, sasaran, komunikan, atau dalam bahasa Inggris disebut audience atau receiver. Dalam proses komunikasi telah

dipahami bahwa keberadaan penerima adalah akibat karena adanya sumber. Tidak ada penerima jika tidak ada sumber.

Penerima adalah elemen penting dalam proses komunikasi, karena dialah yang menjadi sasaran dari komunikasi. Jika suatu pesan tidak diterima oleh penerima, akan menimbulkan berbagai macam masalah yang seringkali menuntut perubahan, apakah pada sumber, pesan atau saluran.

Kenalilah khalayakmu adalah prinsip dasar dalam berkomunikasi. Karena mengetahui dan memahami karakteristik penerima (khalayak), berarti suatu peluang untuk mencapai keberhasilan komunikasi.

e. Pengaruh

Pengaruh atau efek adalah perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. Pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan, sikap dan tingkah laku seseorang (De Fleur, 1982). Karena itu, pengaruh bisa juga diartikan perubahan atau penguatan keyakinan pada pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang sebagai akibat penerimaan pesan.

f. Tanggapan Balik

Ada yang beranggapan bahwa umpan balik sebenarnya adalah salah satu bentuk daripada pengaruh yang berasal dari penerima. Akan tetapi sebenarnya umpan balik bisa juga berasal dari unsur lain seperti pesan dan media, meski pesan belum sampai pada penerima. Misalnya sebuah konsep surat yang memerlukan perubahan sebelum dikirim, atau alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan itu mengalami gangguan sebelum sampai ke tujuan. Hal-hal seperti itu menjadi tanggapan balik yang diterima oleh sumber.

g. Lingkungan

Lingkungan atau situasi ialah faktor-faktor tertentu yang dapat mempengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini dapat digolongkan atas empat macam, yakni:

- lingkungan fisik,
- lingkungan sosial budaya,
- lingkungan psikologis, dan dimensi waktu.

Lingkungan fisik menunjukkan bahwa suatu proses komunikasi hanya bisa terjadi kalau tidak terdapat rintangan fisik, misalnya geografis. Komunikasi seringkali sulit dilakukan karena faktor jarak yang begitu jauh, di mana tidak tersedia fasilitas komunikasi seperti telepon, kantor pos atau jalan raya.

Lingkungan sosial menunjukkan faktor sosial budaya, ekonomi dan politik yang bisa menjadi kendala terjadinya komunikasi misalnya kesamaan bahasa kepercayaan, adat istiadat dan status sosial.

BAB IV

MEDIA DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Manfaat Penggunaan Media Dalam Promosi Kesehatan

- 1) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- 2) Mencapai sasaran
- 3) Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain
- 4) Mempermudah penyampaian informasi
- 5) Menimbulkan minat sasaran pendidikan

B. Tujuan Media Dalam Promosi Kesehatan

- 1) Menciptakan iklim bagi penerimaan dan perubahan nilai, sikap dan perilaku kesehatan.
- 2) Mengajarkan keterampilan mendengarkan, membaca, menulis hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dll.
- 3) Pengganda sumber daya pengetahuan, kenikmatan dan anjuran tindakan kesehatan.
- 4) Membentuk pengalaman baru terhadap perilaku hidup sehat dari statis ke dinamis.
- 5) Meningkatkan aspirasi di bidang kesehatan.
- 6) Mengajarkan masyarakat menemukan norma dan etika penyebarluasan informasi di bidang kesehatan atau layanan komunikasi kesehatan.
- 7) Berpartisipasi dalam keputusan atas hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan
- 8) Mengubah struktur kekuasaan antara produsen dan konsumen di bidang kesehatan.
- 9) Menciptakan rasa kebanggaan/kesetiaan terhadap produk, dll.

C. Klasifikasi Media Promosi Kesehatan

Umar Hamalik, Djamarah dan Sadiman dalam Adri (2008), mengelompokkan media promosi kesehatan menjadi 2 kelompok, yaitu:

1. Berdasarkan jenisnya, yaitu:
 - Media auditif, yaitu media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti tape recorder.
 - Media visual, yaitu media yang hanya mengandalkan indra penglihatan dalam wujud visual, seperti tv, layar plasma, dll.

- Media audiovisual, yaitu media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik, dan media ini dibagi ke dalam dua jenis, yaitu:
 - Audiovisual diam, yang menampilkan suara dan visual diam, seperti film sound slide
 - Audiovisual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak, seperti film, video cassette dan VCD.

2. Berdasarkan fungsinya

a) Media cetak

Media cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Pada umumnya terdiri atas gambaran sejumlah kata, gambar, atau foto dalam tata warna. Contohnya poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, stiker, dan pamflet. Fungsi utamanya adalah memberi informasi dan menghibur. Kelebihan yang dimiliki media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak terlalu tinggi, tidak perlu energi listrik, dapat dibawa, mempermudah pemahaman, dan meningkatkan gairah belajar. Kelemahannya tidak dapat menstimulasi efek suara dan efek gerak serta mudah terlipat.

b) Media elektro

Media elektronik yaitu suatu media bergerak, dinamis, dapat dilihat, didengar, dan dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Contohnya televisi, radio, film, kaset, CD, VCD, DVD, slide show, CD interaktif, dan lain-lain. Kelebihan media elektronik antara lain sudah dikenal masyarakat, melibatkan semua pancaindra, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar, adanya tatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar/luas, serta dapat diulang-ulang jika digunakan sebagai alat diskusi. Kelemahannya yaitu biaya lebih tinggi, sedikit rumit, memerlukan energi listrik, diperlukan alat canggih dalam proses produksi, perlu persiapan matang, peralatan yang selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan, dan perlu keterampilan dalam pengoperasian.

c) Media luar ruang / media papan (billboard)

Media luar ruang yaitu suatu media yang penyampaian pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronik secara statis. Contohnya papan reklame, spanduk, pameran, banner, TV layar lebar, dan lain-lain. Kelebihan media luar ruang diantaranya sebagai informasi umum dan hiburan, melibatkan semua pancaindra, lebih menarik karena

ada suara dan gambar, adanya tatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih luas. Kelemahannya yaitu biaya lebih tinggi, sedikit rumit, ada yang memerlukan listrik atau alat canggih, perlu kesiapan yang matang, peralatan yang selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan.

D. Macam/Jenis Media Promosi Kesehatan

Alat-alat peraga dapat dibagi dalam empat kelompok besar :

1. Benda asli.

Benda asli adalah benda yang sesungguhnya, baik hidup maupun mati. Jenis ini merupakan alat peraga yang paling baik karena mudah dan cepat dikenal serta mempunyai bentuk atau ukuran yang tepat. Kelemahan alat peraga ini tidak selalu mudah dibawa kemana-mana sebagai alat bantu mengajar. Termasuk dalam alat peraga, antara lain benda sesungguhnya (tinja dikebun, lalat di atas tinja, dan lain-lain), spesimen (benda yang telah diawetkan seperti cacing dalam botol pengawet, dan lain-lain), sampel (contoh benda sesungguhnya untuk diperdagangkan seperti oralit, dan lain-lain).

2. Benda tiruan

Benda tiruan memiliki ukuran yang berbeda dengan benda sesungguhnya. Benda tiruan bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan karena benda asli mungkin digunakan (misal, ukuran benda asli yang terlalu besar, terlalu berat, dan lain-lain). Benda tiruan dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik, dan lain-lain.

3. Gambar atau media grafis

Grafis secara umum diartikan sebagai gambar. Media grafis adalah penyajian visual (menekankan persepsi indra penglihatan) dengan penyajian dua dimensi. Media grafis tidak termasuk media elektronik. Termasuk dalam media grafis antara lain, poster, leaflet, reklame, billboard, spanduk, gambar karikatur, lukisan, dan lain-lain.

a. Poster

Poster adalah sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Poster merupakan pesan singkat dalam bentuk gambar dengan tujuan memengaruhi seseorang agar tertarik atau bertindak pada sesuatu. Makna kata-kata dalam poster harus jelas dan tepat serta dapat dengan mudah dibaca pada jarak kurang lebih 6 meter. Poster

biasanya ditempelkan pada suatu tempat yang mudah dilihat dan banyak dilalui orang misalnya di dinding balai desa, pinggir jalan, papan pengumuman, dan lain-lain. Gambar dalam poster dapat berupa lukisan, ilustrasi, kartun, gambar atau foto.

Poster terutama dibuat untuk memengaruhi orang banyak dan memberikan pesan singkat. Oleh karena itu, cara pembuatannya harus menarik, sederhana, dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Poster yang baik adalah poster yang mempunyai daya tinggal lama dalam ingatan orang yang melihatnya serta dapat mendorong untuk bertindak. Poster tidak dapat memberi pelajaran dengan sendirinya karena keterbatasan kata-kata. Poster lebih cocok digunakan sebagai tindak lanjut dari suatu pesan yang sudah disampaikan beberapa waktu yang lalu. Dengan demikian poster bertujuan untuk mengingatkan kembali dan mengarahkan pembaca ke arah tindakan tertentu sesuai dengan apa yang diinginkan oleh komunikator.

Berdasarkan isi pesan, poster dapat disebut sebagai thematic poster, tactical poster, dan practical poster. Thematic poster yaitu poster yang menerangkan apa dan mengapa, tactical poster menjawab kapan dan dimana; sedangkan practical poster menerangkan siapa, untuk siapa, apa, mengapa, dan dimana.

b. Syarat-syarat yang perlu diperhatikan dalam pembuatan poster :

- 1) Dibuat dalam tata letak yang menarik, misal besarnya huruf, gambar, dan warna yang mencolok.
- 2) Dapat dibaca (eye cather) orang yang lewat.
- 3) Kata-kata tidak lebih dari tujuh kata.
- 4) Menggunakan kata yang provokatif, sehingga menarik perhatian.
- 5) Dapat dibaca dari jarak enam meter.
- 6) Harus dapat menggugah emosi, misal dengan menggunakan faktor ini, bangga, dan lain-lain.
- 7) Ukuran yang besar: 50 x 70 cm, kecil : 35 x 50 cm.

c. Dimana tempat pemasangan poster :

- 1) Poster biasanya dipasang ditempat-tempat umum dimana orang sering berkumpul, seperti halte bus, dekat pasar, dekat toko/warung.
- 2) Persimpangan jalan desa, kantor kelurahan, balai desa, posyandu, dan lain-lain.

d. Kegunaan poster :

- 1) Memberikan peringatan, misalnya tentang selalu mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar dan sebelum makan.
- 2) Memberikan informasi, misalnya tentang pengolahan air di rumah tangga.
- 3) Memberikan anjuran, misalnya pentingnya mencuci makanan mentah dan buah-buahan dengan air bersih sebelum makan.
- 4) Mengingatkan kembali, misalnya cara mencuci tangan yang benar.
- 5) Memberikan informasi tentang dampak, misalnya informasi tentang dampak buang air besar (BAB) di jamban.

e. Keuntungan poster :

1. Mudah dibuat.
2. Singkat waktu dalam pembuatannya.
3. Murah.
4. Dapat menjangkau orang banyak.
5. Mudah menggugah orang banyak untuk berpartisipasi.
6. Bisa dibawa kemana-mana.
7. Banyak variasi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mendesain poster. Poster secara umum terdiri atas beberapa bagian, yaitu :

- 1) Judul (head line)
- 2) Subjudul (sub head line)
- 3) Body copy/copy writing, dan
- 4) Logo dan identitas.

Judul harus dapat dibaca jelas dari jarak enam meter, mudah dimengerti, mudah diingat. Subjudul harus menjelaskan, melengkapi, dan menerangkan judul secara singkat. Poster juga memerlukan adanya ilustrasi. Ilustrasi ini harus atraktif berhubungan erat dengan judul dan terpadu dengan penampilan secara keseluruhan. Warna merupakan salah satu unsur grafis. Pengertian warna bisa meliputi warna simbolik atau rasa kejiwaan. Warna dapat dibagi menjadi tiga kelompok menurut jenisnya, yaitu warna primer (merah, kuning, biru), warna sekunder (hijau, ungu, lembayung), dan warna tersier (cokelat kemerahan, cokelat kekuningan, cokelat kebiruan). Warna sebagai simbol mempunyai arti tersendiri. Misalnya, merah berarti berani, putih berarti suci, kuning berarti kebesaran, hitam berarti abadi, hijau

berarti harapan, dan merah muda berarti cemburu. Mengenal rasa warna dapat diartikan sebagai berikut merah adalah warna panas, biru adalah warna dingin, dan hijau adalah warna sejuk.

b. Leaflet

Leaflet adalah selebaran kertas yang berisi tulisan dengan kalimat-kalimat singkat, padat, mudah dimengerti, dan gambar-gambar yang sederhana. Leaflet atau sering juga disebut pamflet merupakan selebaran kertas yang berisi tulisan cetak tentang suatu masalah khusus untuk sasaran dan tujuan tertentu. Ukuran leaflet biasanya 20 x 30 cm yang berisi tulisan 200 – 400 kata. Ada beberapa leaflet yang disajikan secara berlipat.

Leaflet digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi pengolahan air ditingkat rumah tangga, deskripsi tentang diare serta pencegahannya, dan lain-lain. Isi harus bisa ditangkap dengan sekali baca. Leaflet dapat diberikan atau disebarkan pada saat pertemuan-pertemuan dilakukan seperti pertemuan Focus Group Discussion (FGD), pertemuan posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam membuat leaflet :

- 1) Tentukan kelompok sasaran yang ingin dicapai.
- 2) Tuliskan apa tujuannya.
- 3) Tentukan isi singkat hal-hal yang mau ditulis dalam leaflet.
- 4) Kumpulan tentang subjek yang akan disampaikan.
- 5) Buat garis-garis besar cara penyajian pesan, termasuk didalamnya bagaimana bentuk tulisan gambar serta tata letaknya.
- 6) Buatkan konsepnya. Konsep dites terlebih dahulu pada kelompok sasaran yang hampir sama dengan kelompok sasaran, perbaiki konsep, dan buat ilustrasi yang sesuai dengan isi.

Kegunaan leaflet :

- 1) Mengingat kembali tentang hal-hal yang telah diajarkan atau dikomunikasikan.
- 2) Untuk memperkenalkan ide-ide baru kepada orang banyak.

Keuntungan leaflet :

- 1) Dapat disimpan lama
- 2) Sebagai referensi
- 3) Jangkauan dapat jauh
- 4) Membantu media lain

- 5) Isi dapat dicetak kembali dan dapat sebagai bahan diskusi

c. Papan pengumuman

Papan pengumuman biasanya dibuat dari papan dengan ukuran 90 x 120 cm, biasa dipasang di dinding atau ditempat tertentu seperti balai desa, posyandu, masjid, puskesmas, sekolah, dan lain-lain. Pada papan tersebut gambar-gambar atau tulisan-tulisan dari suatu topik tertentu.

Cara menggunakan papan pengumuman :

- 1) Tentukan jangka waktu pemasangan sehingga tidak membosankan, misal 1-2 minggu.
- 2) Gunakan pada peristiwa-peristiwa tertentu saja, misal pada waktu pertemuan besar atau hari libur.
- 3) Cari sumber untuk melengkapi tampilan, misal dari perpustakaan, kantor humas, dan lain-lain.

Keuntungan papan pengumuman :

- 1) Dapat dikerjakan dengan mudah.
- 2) Merangsang perhatian orang.
- 3) Menghemat waktu dan membiarkan pembaca untuk belajar masalah yang ada.
- 4) Merangsang partisipasi.
- 5) Sebagai review atau pengingat terhadap bahan yang pernah diajarkan.

a. Gambar Optik

• Foto

Foto sebagai bahan untuk alat peraga digunakan dalam bentuk album ataupun dokumentasi lepasan. Album merupakan foto-foto yang isinya berurutan, menggambarkan suatu cerita, kegiatan, dan lain-lain. Album ini bisa dibawa dan ditunjukkan kepada masyarakat sesuai dengan topik yang sedang didiskusikan. Misalnya album foto yang berisi kegiatan-kegiatan suatu desa untuk mengubah kebiasaan buang air besarnya menjadi di jamban. Dokumentasi lepasan yaitu foto-foto yang berdiri sendiri dan tidak disimpan dalam bentuk album. Menggambarkan satu pokok persoalan atau titik perhatian. Foto ini digunakan biasanya untuk bahan brosur, leaflet, dan lain-lain.

• Slide

Slide pada umumnya digunakan untuk sasaran kelompok. Penggunaan slide cukup efektif karena gambar atau setiap materi dapat dilihat berkali-kali dan dibahas lebih

mendalam. Slide sangat menarik, terutama bagi kelompok anak sekolah dibanding dengan gambar, leaflet, dan lain-lain.

- Film

Film merupakan media yang bersifat menghibur, disamping dapat menyisipkan pesan-pesan yang bersifat edukatif. Sasaran media ini adalah kelompok besar dan kolosal.

E. Langkah-Langkah Penetapan Media Promosi Kesehatan

Langkah-langkah dalam merancang pengembangan media komunikasi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan Tujuan

Tujuan harus realistis, jelas, dan dapat diukur (apa yang diukur, siapa sasaran yang akan diukur, seberapa banyak perubahan akan diukur, berapa lama dan dimana pengukuran dilakukan). Penetapan tujuan merupakan dasar untuk merancang media promosi dan merancang evaluasi.

2. Menetapkan Segmentasi Sasaran

Segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya antara lain memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya, memberikan kepuasan pada masing-masing segmen, menentukan ketersediaan jumlah dan jangkauan produk, serta menghitung jenis dan penempatan media.

3. Memposisikan Pesan (Positioning)

Memposisikan pesan adalah proses atau upaya menempatkan suatu produk perusahaan, individu atau apa saja ke dalam alam pikiran sasaran atau konsumennya. Positioning membentuk citra.

4. Menentukan Strategi Positioning

Identifikasi para pesaing, termasuk persepsi konsumen, menentukan posisi pesaing, menganalisis preferensi khalayak sasaran, menentukan posisi merek produk sendiri, serta mengikuti perkembangan posisi.

5. Memilih media promosi kesehatan

Pemilihan media didasarkan pada selera khalayak sasaran. Media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas. Setiap media akan memberikan peranan yang berbeda. Penggunaan beberapa media secara serempak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi, dan efektivitas pesan.

Media yang digunakan dilihat dari situasi dan kondisi, jika akan melakukan komunikasi kesehatan di daerah pedesaan yang belum terjamah oleh teknologi modern dan listrik yang belum menjangkau seluruh daerah pelosok, maka media yang baik digunakan adalah media Cetak Contohnya poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, stiker, dan pamphlet, ataupun media gambar/media grafis yang tentunya dibarengi dengan komunikasi antarpribadi dan kelompok agar pesan yang di sampaikan dapat dipahami dan diterima dengan baik oleh masyarakat.

Sebaliknya jika pesan kesehatan ingin di ketahui oleh masyarakat luas, serempak ingin diketahui oleh seluruh masyarakat dimanapun berada, memberikan dampak yang luas, maka media yang digunakan adalah media massa atau media elektronik yang cakupannya lebih luas, bisa langsung diterima oleh masyarakat luas dimanapun berada dan menghemat biaya dalam penggunaannya.

F. Pesan Dalam Media

Pesan adalah terjemahan dari tujuan komunikasi ke dalam ungkapan atau kata yang sesuai untuk sasaran. Pesan dalam suatu media harus efektif dan kreatif. Oleh karena itu, pesan harus memenuhi hal-hal sebagai berikut :

1. Memfokuskan perhatian pada pesan (command attention)

Ide atau pesan pokok yang merefleksikan strategi desain suatu pesan dikembangkan. Bila terlalu banyak ide, hal tersebut akan membingungkan sasaran dan mereka akan mudah melupakan pesan tersebut.

2. Mengklarifikasi pesan (clarify the message)

Pesan haruslah mudah, sederhana dan jelas. Pesan yang efektif harus memberikan informasi yang relevan dan baru bagi sasaran. Kalau pesan dalam media diremehkan oleh sasaran, secara otomatis pesan tersebut gagal.

3. Menciptakan kepercayaan (Create trust)

Pesan harus dapat dipercaya, tidak bohong, dan terjangkau. Misalnya, masyarakat percaya cuci tangan pakai sabun dapat mencegah penyakit diare dan untuk itu harus dibarengi bahwa harga sabun terjangkau atau mudah didapat di dekat tempat tinggalnya.

4. Mengkomunikasikan keuntungan (communicate a benefit)

Hasil pesan diharapkan akan memberikan keuntungan. Misalnya sasaran termotivasi membuat jamban karena mereka akan memperoleh keuntungan dimana anaknya tidak akan terkena penyakit diare.

5. Memastikan konsistensi (consistency)

Pesan harus konsisten, artinya bahwa makna pesan akan tetap sama walaupun disampaikan melalui media yang berbeda secara berulang; misal di poster, stiker, dan lain-lain.

6. Cater to heart and head

Pesan dalam suatu media harus bisa menyentuh akal dan rasa. Komunikasi yang efektif tidak hanya sekadar memberi alasan teknis semata, tetapi juga harus menyentuh nilai-nilai emosi dan membangkitkan kebutuhan nyata.

7. Call to action

Pesan dalam suatu media harus dapat mendorong sasaran untuk bertindak sesuatu bisa dalam bentuk motivasi ke arah suatu tujuan. Contohnya, “Ayo, buang air besar di jamban agar anak tetap sehat”.

BAB V

PEMASARAN SOSIAL DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Pengertian Pemasaran dan Pemasaran Sosial

1. Pemasaran

Konsep pemasaran pada mulanya di terapkan di perusahaan-perusahaan besar di Negara industri yang telah maju, dan berkembang sedemikain rupa sehingga menjadi penentu setiap usaha. Penerapan konsep tersebut saat ini sudah meluas sampai ke luar bidan, yaitu bidang politik dan social. Di bidang kesehatan, konsep pemasaran telah di terapkan di berbagai negara untuk berbagai program. Indonesia telah menggunakan pendekatan ini dalam penanggulangan diare melalui rehidraksi oral, imunisasi, penanggulan kekurangan vitamin A, keluarga berencana dan lainnya.

Pengertian pemasaran seringkali dikacaukan dengan penjualan. Padahal kedua konsep hal tersebut sangat berbeda. Penjualan bertolak dari produk yang telah di buat, kemudian diupayakan untuk dijual pada konsumen. Sedangkan pemasaran bertolak dari kebutuhan dan keinginan konsumen, kemudian baru dibuat atau di kembangkan produk yang dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen itu.

Pemasaran di definisikan sebagai suatu proses sosial dan manajerial di mana individu dan kelompok mendapatkan kebutuhan dan keinginan mereka dengan menciptakan, menawarkan, dan bertukar sesuaru yang bernilai satu sama lain.

Definisi ini berdasarkan konsep inti pemasaran, yaitu; kebutuhan, keingina, dan permintaan; produk; nilai, biaya, dan kepuasan; pertukaran, transaksi, dan hubungan; pasar serta pemasar dan calon pembeli.

1a. Kebutuhan, Keinginan, dan Permintaan

Kebutuhan adalah segala sesuatu yang dibutuhkan manusia untuk mempertahankan hidup serta untuk memperoleh kesejahteraan dan kenyamanan.

Keinginan adalah sesuatu tambahan atas kebutuhan yang diharapkan dapat dipenuhi sehingga manusia tersebut merasa lebih puas. Namun bila keinginan tidak terpenuhi maka sesungguhnya kesejahteraannya tidak berkurang.

Permintaan adalah jumlah barang atau jasa yang ingin dan mampu dibeli oleh konsumen, pada berbagai tingkat harga, dan pada periode tertentu

1b. Produk (Barang, Jasa, dan Gagasan)

Produk adalah segala sesuatu yang dapat ditawarkan untuk memuaskan suatu kebutuhan dan keinginan.

- **Barang** yaitu sebagai suatu produk fisik (berwujud, tangible) yang dapat diberikan pada seorang pembeli dan melibatkan perpindahan kepemilikan dari penjual ke pelanggan.
- **Jasa** adalah setiap tindakan atau unjuk kerja yang ditawarkan oleh salah satu pihak ke pihak lain yang secara prinsip intangibel dan tidak menyebabkan perpindahan kepemilikan apapun.
- **gagasan** adalah *rancangan yang tersusun di pikiran*. Artinya sama dengan *cita-cita*.

1c. Nilai, Biaya, dan Kepuasan

Nilai adalah sesuatu yang berharga, bermutu, menunjukkan kualitas, dan berguna bagi manusia.

Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat pada saat ini atau di masa mendatang bagi organisasi

Kepuasan merupakan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Jadi tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan.

1d. Pertukran, Transaksi, dan Hubungan

Pertukaran adalah proses yang mengarah kepada sesuatu persetujuan

Transaksi adalah laporan yang didesign untuk menampilkan detail setiap transaksi yang terjadi pada periode tertentu, mulai dari Dokumen Bukti Transaksi, Order, Surat Jalan, Pajak, Pembayaran dan status Transaksi pada saat dilaporkan.

Hubungan adalah kegiatan-kegiatan pengerahan tenaga / jasa seseorang secara teratur demi kepentingan dirinya atau dengan orang lain.

1e. Pasar

Pasar adalah tempat bertemunya calon penjual dan calon pembeli barang dan jasa. Ddan pasar tergantung dari orang yang memiliki kebutuhan dan sumber yang dimiliki orang lain mau menawarkan sumber daya itu untuk ditukarkan supaya dapat memenuhi ingnana mereka.

1f. Pemasar dan Calon Pembeli

Pemasar adalah seseorang yang mencari satu atau lebih calon pembeli yang akan terlibat dalam pertukaran nilai.

Calon Pembeli adalah seseorang yang diidentifikasi oleh pemasar sebagai orang yang mungkin bersedia dan mampu terlibat dalam pertukaran nilai.

Pemasaran adalah kegiatan tukar menukar yang saling memuaskan. Agar kegiatan tukar menukar yang dimiliki itu dapat terjadi, terlebih dahulu perlu dipelajari;

- a. Apa kebutuhan dan keinginan konsumen
- b. Berapa konsumen mau membayar untuk itu
- c. Bagaimana cara agar produk tersebut dapat diperoleh pada waktu dan tempat yang tepat
- d. Bagaimana mengkonfirmasi produk tersebut kepada konsumen.

2. Pemasaran Sosial

Pemasaran Sosial adalah sebagai kegiatan yang direncanakan, dan diorganisasikan yang meliputi pendistribusian barang, penetapan harga dan dilakukan pengawasan terhadap kebijakan-kebijakan yang telah dibuat yang tujuannya untuk mendapatkan tempat dipasar agar tujuan utama dari pemasaran dapat tercapai.

B. Bauran Pemasaran

1. Konsumen

Adalah setiap orang pemakai barang dan/atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingan diri sendiri, keluarga, orang lain, maupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan. Dan konsumen atau pengguna bukan hanya merupakan sasaran pokok, tetapi juga sebagai pengukur apakah kegiatan yang dilaksanakan cocok, diminati dan berhasil.

2. Produk

Adalah segala sesuatu yang ditawarkan kepada suatu pasar untuk memenuhi keinginan atau kebutuhan. Dan produk dibuat atau dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan keinginan konsumen.

3. Harga

Adalah sebuah nilai pengganti yang harus dibayarkan seseorang, saat mendapatkan produk yang memiliki manfaat untuknya. Dan harga bukan hanya meliputi uang yang harus dibayarkan, tetapi juga hal – hal lain seperti waktu yang dikorban, gerakan fisik yang diperlukan, gaya hidup yang barangkali harus berubah, dan batik atau ketentraman.

4. Tempat

Yang dimaksud dengan tempat ialah lokasi dimana produk yang dapat diperoleh. Tempat atau jalur distribusi perlu diperhitungkan dengan baik.

5. Promosi

Adalah mengkomunikasikan keunggulan dan membujuk konsumen atau kelompok sasaran untuk menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik harus berjumlah cukup, dan harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi kepada konsumen. Efektivitas pemasaran sangat tergantung pada efektivitas komunikasi, karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi.

C. Langkah – Langkah Dalam Mengembangkan Kegiatan Pemasaran Sosial

Pemasaran Sosial adalah suatu bentuk disiplin untuk mengembangkan kegiatan komunikasi kesehatan. Tujuannya adalah mendapat kata yang tepat dipakai untuk meyakinkan para ibu berbuat seperti yang dianjurkan, tokoh yang dipakai untuk menyampaikan pesan, saluran komunikasi (langsung dan tidak langsung), dan bagaimana memanfaatkan saluran komunikasi tersebut sebaik – baiknya.

Ada 14 langkah dalam mengembangkan kegiatan pemasaran sosial itu, yaitu;

1. Riset Formatif dilakukan untuk menentukan format strategi kegiatan.
2. Penyusunan Strategi

Strategi akan mencakup;

Berbagai kelompok sasaran yang diperoleh dari penelitian formarif dapat dibagi dalam 3 kelompok besar;

- Sasaran Primer, yaitu sasaran pokok yang benar-benar kita harapkan berubah kebiasaannya.
- Sasaran Sekunder, yaitu sasaran antara yang terlibat didalam penyampaian produk atau pelayanan atau terlibat didalam penyampaian pesan-pesan secara langsung.

- Sasaran Tersier, yaitu sasaran penunjang yang terlibat secara tidak langsung, namun dukungannya sangat diperlukan.
 - b. Berbagai perilaku yang diharapkan dari tiap kelompok sasaran.
 - c. Sikapa negatif terhadap perilaku yang diharapkan secara rinci.
 - d. Pemecahan yang disarankan untuk mengatasi hambatan tersebut.
 - e. Kata – kata yang disarankan untuk dipakai guna meyakinkan kelompok sasaran untuk melakukan apa yang diharapkan
 - f. Berbagai saluran komunikasi yang ada untuk analisis selanjutnya
3. Menguji Cobaan Strategi
Setelah strategi disusun, kita kembali mengunjungi kelompok sasaran primer untuk menguji coba strategi tersebut pada mereka.
 4. Menulis Arahan Kreatif dan Media
Kita menuliskan ini walaupun kita akan melaksanakan kegiatan kreatifitas atau kegiatan media kita sendiri. Arahan tertulis ini penting walaupun pelaksanaannya dilakukan di instansi lain atau biro iklan. Arahan ini menyimpulkan tujuan dan maksud kegiatan, gambaran rinci data ekonomi, sosial dan geografis daerah kegiatan serta daftar nama kelompok sasaran primer, sekunde, dan tersier dan gambaran keadaan mereka.
 5. Menentukan Konsultan Kreatif dan Konsultan media
Sangat disarankan untuk menggunakan ahli kreatif ahli media, apakah itu orang yang berpengalaman dibidangnya, lembaga konsultan atau biro iklan untuk membuat bahan – bahan media.
 6. Menyusun Peran dan Bahan serta Rencana Media
Peran perencanaan kreatif dan perencanaan media kini dapat semua bahan cetak, naskah atau spot radio dan bagaimana cerita untuk TV dan Film
 7. Menguji Bahan dan Pesan
Jadi semua bahan yang sudah dipersiapkan harus diuji coba untuk memastikan bahwa pesan jelas, tidak membingungkan, bisa dimengerti, dipercaya, sejalan dengan budaya, secara emosional merangsang dan bebas dari hal – hal yang negatif.
 8. Memperbaiki bahan
Kelompok kreatif sekarang diberi penjelasan tentang hasil uji coba. Uji coba ulang secara informal dibutuhkan untuk memastikan bahan perbaikan yang telah dibuat dapat diterima kelompok sasaran.

9. Penyempurnaan program
Program pada akhirnya bisa disempurnakan.
10. Memproduksi Bahan
Semua bahan sudah diperbanyak dalam bentuk akhir
11. Pengumpulan Data Dasar dan Evaluasi
Pengumpulan data dasar dilaksanakan di daerah uji coba dan daerah kontrol. Masa proyek sudah ditentukan dan kegiatan evaluasi dijadwalkan.
12. Orientasi dan Pelatihan
Masyarakat yang terlibat juga dilatih atau diberi orientasi tentang peran mereka
13. Melaksanakan Kegiatan
Contoh penyuluhan atau pancanangan oleh kepala daerah yang dihadiri para pelaksana dan instansi serta media yang terlibat
14. Memantau dan Menperbaiki
Setelah dicanangkan, semua kegiatan komunikasi harus dipantau untuk memastikan bahwa pelaksanaannya seperti yang diharapkan.

D. Faktor Penentu Dalam Pemasaran Sosial

Ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan pemasaran sosial, yaitu;

1. Manajemen
Sangat diperlukan dalam pemasaran sosial
2. Konsumen
Adalah setiap orang pemakai barang dan/atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingan diri sendiri, keluarga, orang lain, maupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan. Dan orientasi sepenuhnya pada konsumen
3. Kelompok Sasaran.
Semua program komunikasi yang berhasil menunjukkan bahwa pesan – pesan ditujukan langsung kepada kelompok sasaran tertentu
4. Identitas
Produk atau pelayanan yang dipromosikan harus memiliki identitas yang jelas dan tegas
5. Manfaat
Produk atau pelayanan yang dipromosikan sebagai sesuatu yang memberikan manfaat atau keuntungan yang jelas dan nyata

6. Biaya

Pemasaran yang baik harus mempertimbangkan agar produk pelayanan yang dipasarkan bisa dijangkau konsumen.

7. Ketersediaan

sudah tentu tidak satu promosi pun akan berhasil bila produk atau pelayanan yang dipromosikan tidak bisa diperbolehkan.

8. Saluran Komunikasi

Manajer pemasaran harus berusaha agar pesan disampaikan kepada kelompok sasaran melalui komunikasi yang dapat dipercaya.

9. Pemantauan dan Perbaikan

Sistem pemantauan merupakan bagian dari pendekatan pemasaran sosial. Dan pemantauan dilakukan untuk mengetahui apakah semua unsur komunikasi sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan perbaikan kiranya diperlukan.

10. Evaluasi

Komponen evaluasi diperlukan bagi semua kegiatan agar dampak dan hasil yang dicapai bisa diketahui. Dan penelitian evaluasi dilaksanakan untuk memperoleh hasil kuantitatif.

BAB VI

PERUBAHAN PERILAKU DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Pengertian

Banyak definisi pakar tentang berubah , dua diantaranya yaitu :

- Berubah merupakan kegiatan atau proses yang membuat sesuatu atau seseorang berbeda dengan keadaan sebelumnya (Atkinson,1987)
- Berubah merupakan proses yang menyebabkan perubahan pola perilaku individu atau institusi (Brooten,1978)

Teori – Teori Perubahan

1. Teori Redin

Menurut Redin sedikitnya ada empat hal yang harus di lakukan seorang manajer sebelum melakukan perubahan, yaitu :

- b. Ada perubahan yang akan dilakukan
- c. Apa keputusan yang dibuat dan mengapa keputusan itu dibuat
- d. Bagaimana keputusan itu akan dilaksanakan
- e. Bagaimana kelanjutan pelaksanaannya

Redin juga mengusulkan tujuh teknik untuk mencapai perubahan :

- a. Diagnosis
- b. Penetapan objektif bersama
- c. Penekanan kelompok
- d. Informasi maksimal
- e. Diskusi tentang pelaksanaan
- f. Penggunaan upacara ritual

Intervensi penolakan tiga teknik pertama dirancang bagi orang-orang yang akan terlibat atau terpengaruh dengan perubahan. Sehingga diharapkan mereka mampu mengontrol perubahan tersebut.

2. Teori Lewin

Lewin mengatakan ada tiga tahap dalam sebuah perubahan, yaitu :

1. Tahap Unfreezing

Masalah biasanya muncul akibat adanya ketidakseimbangan dalam sistem.

2. Tahap Moving

Pada tahap ini perawat berusaha mengumpulkan informasi dan mencari dukungan dari orang-orang yang dapat membantu memecahkan masalah.

3. Tahap Refreezing

Setelah memiliki dukungan dan alternatif pemecahan masalah perubahan diintegrasikan dan distabilkan sebagai bagian dari sistem nilai yang dianut. Tugas perawat sebagai agen berubah berusaha mengatasi orang-orang yang masih menghambat perubahan.

3. Teori Lippitt

Teori ini merupakan pengembangan dari teori Lewin. Lippitt mengungkapkan tujuh hal yang harus diperhatikan seorang manajer dalam sebuah perubahan yaitu :

- a. Mendiagnosis masalah
- b. Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah
- c. Mengkaji motivasi dan sumber-sumber agen
- d. Menyeleksi objektif akhir perubahan
- e. Memilih peran yang sesuai untuk agen berubah
- f. Mempertahankan perubahan
- g. Mengakhiri hubungan saling membantu

4. Teori Rogers

Teori Rogers tergantung pada lima faktor yaitu :

- a. Perubahan harus mempunyai keuntungan yang berhubungan
- b. Perubahan harus sesuai dengan nilai-nilai yang ada
- c. Kompleksitas
- d. Dapat dibagi
- e. Dapat dikomunikasikan

5. Teori Havelock

Teori ini merupakan modifikasi dari teori Lewin dengan menekankan perencanaan yang akan mempengaruhi perubahan. Enam tahap sebagai perubahan menurut Havelock.

1. Membangun suatu hubungan
2. Mendiagnosis masalah
3. Mendapatkan sumber-sumber yang berhubungan
4. Memilih jalan keluar
5. Meningkatkan penerimaan

6. Stabilisasi dan perbaikan diri sendiri

6. Teori Spradley

Spradley menegaskan bahwa perubahan terencana harus secara konstan dipantau untuk mengembangkan hubungan yang bermanfaat antara agen berubah dan sistem berubah. Berikut adalah langkah dasar dari model Spradley

1. Mengenali gejala
2. Mendiagnosis masalah
3. Menganalisa jalan keluar
4. Memilih perubahan
5. Merencanakan perubahan
6. Melaksanakan perubahan
7. Mengevaluasi perubahan
8. Menstabilkan perubahan

Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon Skinner, cit. Notoatmojo 1993). Perilaku tersebut dibagi lagi dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap psikomotor dan tindakan (ketrampilan).

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, selain guru, orangtua, teman, buku, media massa (WHO 1992). Menurut Notoatmojo (1993), pengetahuan merupakan hasil dari tabu akibat proses penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan tersebut terjadi sebagian besar dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan yang cakap dalam kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu : mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan dan evaluasi.

Menurut Notoatmojo (1993) sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat terlihat langsung. Sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak. Azwar (1995) menyatakan sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu, bentuk reaksinya dengan positif dan negatif sikap meliputi rasa suka dan tidak suka, mendekati dan menghindari situasi, benda, orang, kelompok, dan kebijaksanaan social (Atkinson dkk, 1993). Menurut Harvey & Smith (1997) sikap, keyakinan dan tindakan dapat diukur. Sikap tidak dapat diamati secara langsung tetapi sikap dapat diketahui dengan cara

menanyakan terhadap yang bersangkutan dan untuk menanyakan sikap dapat digunakan pertanyaan berbentuk skala.

Tindakan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap dan kepercayaan (cit. Notoatmojo 1993). Menurut Sarwono (1993) perilaku manusia merupakan pengumpulan dari pengetahuan, sikap dan tindakan, sedangkan sikap merupakan reaksi seseorang terhadap stimulus yang berasal dari luar dan dari dalam dirinya.

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Belajar diartikan sebagai proses perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu. Dalam proses belajar ada tiga unsur pokok yang saling berkaitan yaitu masukan (input), proses, dan keluaran (output) (Notoatmojo 1993). Individu atau masyarakat dapat merubah perilakunya bila dipahami faktor-faktor yang berpengaruh terhadap berlangsungnya dan berubahnya perilaku tersebut.

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan sebagainya. Bahkan kegiatan internal (internal activity) seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia. Untuk kepentingan kerangka analisis dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan ini merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia.

B. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seseorang

Ada beberapa hal yang mempengaruhi perilaku seseorang, sebagian terletak di dalam individu sendiri yang disebut faktor intern yaitu keturunan dan motif. Sedangkan sebagian terletak diluar dirinya yang disebut faktor ekstern, yaitu faktor lingkungan.

Azwar (1995) menyatakan bahwa sekalipun diasumsikan bahwa sikap merupakan predisposisi evaluasi yang banyak menentukan cara individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan seringkali jauh berbeda. Hal ini karena 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 memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Sarwono 1993).

Aspek Perilaku

Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek yakni :

- Aspek fisik
- Aspek psikis
- Aspek sosial

Perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi sikap dan sebagainya.

Faktor Pembentuk Perilaku

Perilaku dibentuk oleh 3 faktor antara lain :

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

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

C. Perubahan Perilaku.

Teori-Teori Perubahan Perilaku

a) Teori S-O-R:

Perubahan perilaku didasari oleh: Stimulus – Organisme — Respons.

- Perubahan perilaku terjadi dgn cara meningkatkan atau memperbanyak rangsangan (stimulus).
- Oleh sebab itu perubahan perilaku terjadi melalui proses pembelajaran (learning process).
- 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. Subyek (organisme) mengolah stimulus, dan hasilnya:
 - Kesiediaan untuk bertindak terhadap stimulus (attitude)
 - Bertindak (berperilaku) apabila ada dukungan fasilitas (practice)

b) Teori “Dissonance” : Festinger

Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (consonance). Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidak seimbangan (dissonance). Kalau akhirnya stilmulus tersebut direspons positif (menerima dan melakukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (consonance).

Rumus perubahan perilaku menurut Festinger:

Terjadinya perubahan perilaku karena adanya perbedaan elemen kognitif yang seimbang dengan elemen tidak seimbang. Contoh: Seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya terjadi karena ketidak seimbangan antara keuntungan dan kerugian stimulus (anjan periksa hamil).

c) Teori fungsi: Katz

- Perubahan perilaku terjadi karena adanya kebutuhan. Oleh sebab itu stimulus atau obyek perilaku harus sesuai dengan kebutuhan orang (subyek).
- Prinsip teori fungsi:
 - a. Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subyek)
 - b. Perilaku merupakan pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan (bila hujan, panas)
 - c. Perilaku sebagai penerima obyek dan pemberi arti obyek (respons terhadap gejala sosial)

- d. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam menjawab situasi.(marah, senang)

d) Teori “Driving forces”: Kurt Lewin

- Perilaku adalah merupakan keseimbangan antara kekuatan pendorong (driving forces) dan kekuatan penahan (restraining forces).
- Perubahan perilaku terjadi apabila ada ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut.
- Kemungkinan terjadinya perubahan-perubahan perilaku:

- a. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan tetap.
- b. Kekuatan pendorong tetap, kekuatan penahan menurun.
- c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun.

e) Health Belief Model (Model Kepercayaan Kesehatan)

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 50an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosi. Analisis terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. Health belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial ;

1. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah 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 & 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 mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang di tawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

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

Perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Secara khusus bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya

Aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock:

a) Ancaman

- Persepsi tentang kerentanan diri terhadap penyakit (atau kesediaan menerima diagnosa 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, sukubangsa)

e) Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu)

Ancaman suatu penyakit dipersepsikan 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 baginya, besar/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, diperlukan 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.

Health Belief Model menurut Becker (1979) ditentukan oleh :

- Percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan
- Menganggap serius masalah
- yakin terhadap efektivitas pengobatan
- tidak mahal
- menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan

D. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

- a. Perubahan alamiah (natural change): Perubahan perilaku karena terjadi perubahan alam (lingkungan) secara alamiah
- b. Perubahan terencana (planned change): Perubahan perilaku karena memang direncanakan oleh yang bersangkutan
- c. Kesiapan berubah (Readiness to change): Perubahan perilaku karena terjadinya proses internal (readiness) pada diri yang bersangkutan, dimana proses internal ini berbeda pada setiap individu.

E. Strategi Perubahan Perilaku

1. Inforcement:
 - a. Perubahan perilaku dilakukan dengan paksaan, dan atau menggunakan peraturan atau perundangan.
 - b. Menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, tetapi untuk sementara (tidak langgeng)

2. Persuasi

Dapat dilakukan dengan persuasi melalui pesan, diskusi dan argumentasi. Melalui pesan seperti jangan makan babi karna bisa menimbulkan penyakit H1N1. Melalui diskusi seperti diskusi tentang abortus yang membahayakan jika digunakan untuk alasan yang tidak baik

3. Fasilitasi

Strategi ini dengan penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung. Dengan penyediaan sarana dan prasarana ini akan meningkatkan Knowledge (pengetahuan) Untuk

melakukan strategi ini memerlukan beberapa proses yakni kesediaan, identifikasi dan internalisasi.

4. Education:

- a. Perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi atau penyuluhan-penyuluhan.
- b. Menghasilkan perubahan perilaku yang langgeng, tetapi makan waktu lama.

F. Cara-Cara Perubahan Perilaku

Untuk mencapai perubahan perilaku, ada beberapa cara yang bias ditempuh, yaitu :

1. Dengan Paksaan.

Ini bisa dengan :

- a. Mengeluarkan instruksi atau peraturan, dan ancaman hukuman kalau tidak mentaati instruksi atau peraturan tersebut. Misalnya : instruksi atau peraturan tidak membuang sampah disembarang tempat, dan ancaman hukuman atau denda jika tidak mentaatl.
- b. menakut-nakuti tentang bahaya yang mungkin akan diderita kalau tidak mengerjakan apa yang daniurkan Misal: menyampaikan kepada ibu-ibu bahwa anaknya bisa mati kalau tidak diberi oralit waktu mencret

2. Dengan memberi imbalan.

Imbalan bisa berupa materi seperti uang atau barang, tetapi bisa juga imbalan yang tidak berupa materi, seperti pujian, dan sebagainya.

Contoh:

kalau ibu-ibu membawa anaknya ke Posyandu untuk ditimbang dan diimunisasi, maka anaknya akan sehat, (ini juga imbalan non materi)

Dalam hal ini orang berbuat sesuatu karena terdorong atau tertarik oleh imbalan tersebut, bukan karena kesadaran atau keyakinan akan manfaatnya.

3. Dengan membina hubungan baik.

Kalau kita mempunyai hubungan yang baik dengan seseorang atau dengan masyarakat. biasanya orang tersebut atau masyarakat akan mengikuti anjuran kita untuk berbuat sesuatu, karena ingin memelihara hubungan baiknya dengan kita. Misal: Pak Lurah membuat jamban karena tidak ingin mengecewakan petugas kesehatan yang sudah dikenalnya dengan baik Jadi bukan karena kesadarannya akan pentingnya jamban tersebut.

4. Dengan menunjukkan contoh-contoh.

Salah satu sifat manusia ialah ingin meniru. Karena itu usahakanlah agar Puskesmas dengan lingkungannya bersih, para petugas nampak bersih, rapi dan ramah. Selain itu, para petugas juga berperilaku sehat. misalnya tidak merokok, tidak meludah disembarang tempat, tidak membuang sampah sembarangan, dan sebagainya. Dibeberapa tempat disediakan tempat sampah agar orang juga tidak membuang sampah sembarangan. Dengan contoh seperti ini biasanya orang akan ikut berbuat yang serupa yaitu berperilaku sehat.

5. Dengan memberikan kemudahan.

Misalnya kita ingin agar masyarakat memanfaatkan Puskesmas, maka Puskesmas didekatkan kepada masyarakat, pembayarannya dibuat sedemikian hingga masyarakat mampu membayar pelayanannya yang baik dan ramah, tidak usah menunggu lama. dan sebagainya. Semua ini merupakan kemudahan bagi masyarakat, maka diharapkan masyarakat akan tergerak untuk memanfaatkan Puskesmas. Itulah sebabnya mengapa Puskesmas berlokasi dekat dengan masyarakat, ditambah pula dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling.

6. Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi

Dalam hal ini individu, kelompok, maupun masyarakat, diberi pengertian yang benar tentang kesehatan. Kemudian ditunjukkan kepada mereka baik secara langsung ataupun tidak langsung, yaitu misalnya melalui film, slide, photo, gambar, atau ceritera, bagaimana bahayanya perilaku yang tidak sehat, dan apa untungnya kalau berperilaku sehat. Hal ini diharapkan akan bisa membangkitkan keinginan mereka untuk berperilaku hidup sehat. Selanjutnya berkali-kali disampaikan ataupun ditunjukkan kepada mereka bahwa telah makin banyak orang yang berperilaku sehat tersebut dan sekaligus ditunjukkan atau disampaikan pula keuntungan-keuntungannya, hingga mereka akan tergerak untuk berperilaku sehat.

Cara ini memang memakan waktu lama untuk bisa dilihat hasilnya, tetapi sekali berhasil. maka ia akan bertahan lebih lama dibandingkan dengan cara-cara lainnya.

Dari keenam cara diatas dapat disimpulkan bahwa seseorang atau kelompok akan terdorong untuk berbuat sesuatu kalau disadari bahwa dengan berbuat sesuatu kalau disadari bahwa dengan berbuat sesuatu itu, kebutuhannya bisa terpenuhi. Atau kebutuhannya terancam kalau tidak berbuat.

BAB VII

SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT

A. Pengertian STBM

STBM adalah pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.

Definisi Operasional STBM

- **Kondisi Sanitasi Total** adalah kondisi ketika suatu komunitas (i) tidak buang air besar sembarangan; (ii) mencuci tangan pakai sabun; (iii) mengelola air minum dan makanan yang aman; (iv) mengelola sampah dengan aman; dan (v) mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman.
- **Sanitasi** dalam dokumen ini meliputi kondisi sanitasi total di atas.
- **Sanitasi dasar** adalah sarana sanitasi rumah tangga yang meliputi sarana buang air besar, sarana pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga.
- **Berbasis masyarakat** adalah kondisi yang menempatkan masyarakat sebagai pengambil keputusan dan penanggungjawab dalam rangka menciptakan/meningkatkan kapasitas masyarakat untuk memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian, kesejahteraan, serta menjamin keberlanjutannya.
- **ODF (*Open Defecation Free*)** atau **SBS (Stop Buang air besar Sembarangan)** adalah kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak buang air besar di sembarang tempat, tetapi di fasilitas jamban sehat.
- **Jamban sehat** adalah fasilitas pembuangan tinja yang efektif untuk memutus mata rantai penularan penyakit.
- **Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)** adalah perilaku cuci tangan secara benar dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir.
- **Sarana CTPS** adalah sarana untuk melakukan perilaku cuci tangan pakai sabun yang dilengkapi dengan sarana air mengalir, sabun dan saluran pembuangan air limbah.
- **Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMM-RT)** adalah suatu proses pengolahan, penyimpanan dan pemanfaatan air minum dan air yang digunakan untuk produksi makanan dan keperluan oral lainnya, serta **pengelolaan makanan**

yangaman di rumah tangga yang meliputi 5 (lima) kunci keamanan pangan yakni: (i) menjaga kebersihan, (ii) memisahkan pangan matang dan pangan mentah, (iii) memasak dengan benar, (iv) menjaga pangan pada suhu aman, dan (v) menggunakan air dan bahan baku yang aman.

- **Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PS-RT)** adalah proses pengelolaan sampah dengan aman pada tingkat rumah tangga dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang dan mendaur ulang. **Pengelolaan sampah yang aman** adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaurulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan.
- **Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLC-RT)** adalah proses **pengelolaan limbah cair yang aman** pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan.
- **Pemerintah daerah** adalah gubernur, bupati, atau walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
- **Pemerintah pusat** yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- **Peningkatan kebutuhan sanitasi** adalah upaya sistematis untuk meningkatkan kebutuhan menuju perubahan perilaku yang higienis dan saniter.
- **Peningkatan penyediaan sanitasi** adalah meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses terhadap produk dan layanan sanitasi yang layak dan terjangkau dalam rangka membuka dan mengembangkan pasar sanitasi.
- **Penciptaan lingkungan yang kondusif** adalah menciptakan kondisi yang mendukung tercapainya sanitasi total, yang tercipta melalui dukungan kelembagaan, regulasi, dan kemitraan antar pelaku STBM, termasuk didalamnya pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, institusi pendidikan, institusi keagamaan dan swasta.
- **Sanitasi komunal** adalah sarana sanitasi yang melayani lebih dari satu keluarga, biasanya sarana ini dibangun di daerah yang memiliki kepadatan tinggi dan keterbatasan lahan.

- **Verifikasi** adalah proses penilaian dan konfirmasi untuk mengukur pencapaian seperangkat indikator yang dijadikan standar.
- **LSM/NGO** adalah organisasi yang didirikan oleh perorangan atau sekelompok orang secara sukarela yang memberikan pelayanan kepada masyarakat umum tanpa bertujuan untuk memperoleh keuntungan dari kegiatannya.
- **Natural leader** merupakan anggota masyarakat baik individu maupun kelompok masyarakat, yang memotori gerakan STBM di masyarakat tersebut.
- **Rencana Tindak Lanjut (RTL)** merupakan rencana yang disusun dan disepakati oleh masyarakat dengan didampingi oleh fasilitator.
- **Pemicuan** adalah upaya untuk menuju perubahan perilaku masyarakat yang higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode *participatory* berprinsip pada pendekatan CLTS (*Community-Led Total Sanitation*)
- **Desa/kelurahan yang melaksanakan STBM** adalah desa/kelurahan intervensi pendekatan STBM dan dijadikan target antara lain karena untuk mencapai kondisi sanitasi total dibutuhkan pencapaian kelima pilar STBM. Ada 3 indikator desa/kelurahan yang melaksanakan STBM: (i) Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut; (ii) Ada masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM seperti disebutkan pada poin pertama, baik individu (*natural leader*) ataupun bentuk komite; (iii) Sebagai respon dari aksi intervensi STBM, masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen-komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM, yang telah disepakati bersama; misal: mencapai status SBS.
- **Desa/Kelurahan ODF**(*Open Defecation Free*) / **SBS** (Stop Buang air besar Sembarangan) adalah desa/kelurahan yang 100% masyarakatnya telah buang air besar di jamban sehat, yaitu, mencapai perubahan perilaku kolektif terkait Pilar 1 dari 5 pilar STBM
- **Desa/Kelurahan ODF ++**, selain menyandang status ODF, 100% rumah tangga memiliki dan menggunakan sarana jamban yang ditingkatkan dan telah terjadi perubahan perilaku untuk pilar lainnya seperti memiliki dan menggunakan sarana cuci tangan pakai sabun dan 100% rumah tangga mempraktikkan penanganan yang aman untuk makanan dan air minum rumah tangga.

- **Desa/kelurahan Sanitasi Total** selain menyandang status ODF++, 100% rumah tangga melaksanakan praktik pembuangan sampah dan limbah cair domestik yang aman, yaitu desa/kelurahan yang telah mencapai perubahan perilaku kolektif terkait seluruh Pilar 1-5 STBM, artinya **Kondisi Sanitasi Total**.

a. Tujuan STBM

Tujuan program STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung, peningkatan kebutuhan sanitasi, serta peningkatan penyediaan sanitasi serta pengembangan inovasi sesuai dengan konteks wilayah.

b. Sejarah Program Pembangunan Sanitasi

Jauh sebelum Indonesia merdeka, program sanitasi sudah dilakukan oleh masyarakat Indonesia. Berdasarkan catatan pejabat VOC Dampier, pada tahun 1699 masyarakat Indonesia sudah terbiasa mandi ke sungai dan buang air besar di sungai dan di pinggir pantai, sedangkan pada masa itu, masyarakat di Eropa dan India masih menggunakan jalan-jalan kota atau air tergenang untuk BAB. Di tahun 1892, HCC Clockener Brouson mencatat bahwa orang Indonesia terbiasa mandi 3 kali sehari, menggunakan bak, menyabun, membasil dan mengeringkan badannya. Pada akhir tahun 1800an, pemerintah Belanda sudah membuat sambungan air ke rumah-rumah di kawasan komersial di Jakarta dan membuat Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) di Bandung pada tahun 1916. Selanjutnya di tahun 1930, mantra hygiene Belanda, Dr. Heydrick melakukan kampanye untuk BAB di kakus. Dr. Heydrick sendiri dikenal sebagai mantra kakus. Di tahun 1936, didirikanlah sekolah mantra hygiene di Banyumas. Siswa mendapatkan pendidikan 18 bulan sebelum mereka diterjunkan ke kampugn-kampung untuk mempromosikan hidup sehat dan melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit.

Setelah merdeka, pemerintah mencanangkan program Sarana Air Minum dan Jamban Keluarga (SAMIJAGA) melalui Inpres No. 5/1974. Untuk mendapatkan sumber daya manusia dalam melaksanakan program-program tersebut, Kementerian Kesehatan mendirikan sekolah-sekolah kesehatan lingkungan, yang sekarang dikenal dengan nama Politeknik Kesehatan (Poltekkes). Periode 1970-1997, pemerintah melakukan beragam program pembangunan sanitasi. Program-program tersebut umumnya dilakukan dengan pendekatan keproyekan, sehingga faktor keberlanjutannya sangat rendah. Hal ini secara tidak langsung menyebabkan rendahnya peningkatan akses sanitasi masyarakat. Hasil studi ISSDP mencatat

hanya 53% dari masyarakat Indonesia yang BAB di jamban yang layak pada tahun 2007, sedangkan sisanya BAB di sembarang tempat. Lebih jauh hal ini berkorelasi dengan tingginya angka diare dan penyakit-penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang tidak bersih.

Dengan mempertimbangkan kebutuhan keberlanjutan program dan tingkat keberhasilan yang ingin dicapai, pemerintah melakukan perubahan pendekatan pembangunan sanitasi, dari keproyekan menjadi keprograman. Pada tahun 2008, pemerintah mencanangkan program nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Secara ringkas, perbedaan pendekatan pembangunan sanitasi sebelum dan saat ini terlihat pada tabel di bawah ini:

Program-program terdahulu (biasanya <i>Target Oriented</i>)	Kecenderungan saat ini
Perkembangan jumlah sarana	Perubahan perilaku dan kesehatan
Subsidi	Solidaritas sosial
Model-model sarana disarankan oleh pihak luar	Model-model sarana digagas dan dikembangkan oleh masyarakat
Sasaran utama adalah kepala keluarga	Sasaran utama adalah masyarakat desa secara utuh
Top down (dari atas ke bawah)	Bottom up (dari bawah ke atas)
Fokus pada: jumlah jamban	Fokus pada: berhentinya BAB di sembarang tempat
Pendekatannya bersifat 'blue print'	Pendekatannya lebih fleksibel.

Tabel 3: Kecenderungan Pelaksanaan Program Air dan Sanitasi di Indonesia

c. Konsep STBM

Konsep STBM diadopsi dari konsep *Community Led Total Sanitation* (CLTS) yang telah disesuaikan dengan konteks dan kebutuhan di Indonesia. Sebelum memahami konsep dan prinsip STBM, berikut dijelaskan secara singkat konsep CLTS.

CLTS adalah sebuah pendekatan dalam pembangunan sanitasi pedesaan dan mulai berkembang pada tahun 2001. Pendekatan ini awalnya diujicobakan di beberapa komunitas di Bangladesh dan saat ini sudah diadopsi secara massal di negara tersebut. Salah satu negara bagian di India yaitu Provinsi Maharashtra telah mengadopsi pendekatan CLTS ke dalam program pemerintah secara massal yang disebut dengan

program Total Sanitation Campaign (TSC). Beberapa negara lain seperti Cambodia, Afrika, Nepal, dan Mongolia juga telah menerapkan CLTS.

Pendekatan ini berawal dari sebuah penilaian dampak partisipatif air bersih dan sanitasi yang telah dijalankan selama 10 tahun oleh Water Aid. Salah satu rekomendasi dari penilaian tersebut adalah perlunya mengembangkan sebuah strategi untuk secara perlahan-lahan mencabut subsidi pembangunan toilet.

Ciri utama pendekatan ini adalah tidak adanya subsidi terhadap infrastruktur (jamban keluarga), dan tidak menetapkan model standar jamban yang nantinya akan dibangun oleh masyarakat.

Pada dasarnya CLTS adalah “pemberdayaan” dan “tidak membicarakan masalah subsidi”. Artinya, masyarakat yang dijadikan “guru” dengan tidak memberikan subsidi sama sekali.

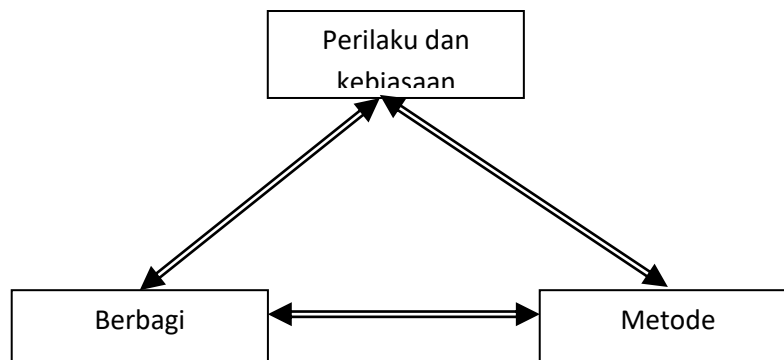
Gambaran tentang CLTS dapat diperoleh melalui VCD tentang implementasi CLTS di Propinsi Maharashtra di India dan pengembangan CLTS di Indonesia (Awakening).

Community lead tidak hanya dalam sanitasi, tetapi dapat dalam hal lain seperti dalam pendidikan, pertanian, dan lain – lain, prinsip yang terpenting adalah:

- Inisiatif masyarakat
- Total atau keseluruhan, keputusan masyarakat dan pelaksanaan secara kolektif adalah kunci utama.
- Solidaritas masyarakat (laki perempuan, kaya miskin) sangat terlihat dalam pendekatan ini.
- Semua dibuat oleh masyarakat, tidak ada ikut campur pihak luar, dan biasanya akan muncul “natural leader”.

Dasar dari CLTS adalah tiga pilar utama *Participatory Rural Appraisal* (PRA), yaitu:

1. *Attitude and Behaviour Change* (perubahan perilaku dan kebiasaan)
2. *Sharing* (berbagi)
3. *Method* (metode)



Ketiganya merupakan pilar utama yang harus diperhatikan dalam pendekatan CLTS, namun dari ketiganya yang paling penting adalah perubahan perilaku dan kebiasaan, karena jika perilaku dan kebiasaan tidak berubah maka kita tidak akan pernah mencapai tahap “berbagi” dan sangat sulit untuk menerapkan metode yang tepat.

Konsep-konsep inilah yang kemudian diadopsi oleh STBM dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan di Indonesia. Konsep STBM menekankan pada upaya perubahan perilaku yang berkelanjutan untuk mencapai kondisi sanitasi total melalui pemberdayaan masyarakat.

B. Komponen Stbm

Pendekatan STBM merupakan interaksi yang saling terkait antara ketiga komponen pokok sanitasi, yang dilaksanakan secara terpadu, sebagai berikut:

2. Peningkatan Kebutuhan dan Permintaan Sanitasi

Komponen peningkatan kebutuhan sanitasi merupakan upaya sistematis untuk mendapatkan perubahan perilaku yang higienis dan saniter, berupa:

- Pemicuan perubahan perilaku;
- Promosi dan kampanye perubahan perilaku hygiene dan sanitasi secara langsung;
- Penyampaian pesan melalui media massa dan media komunikasi lainnya;
- Mengembangkan komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku;
- Memfasilitasi terbentuknya komite/tim kerja masyarakat;
- Mengembangkan mekanisme penghargaan terhadap masyarakat/institusi melalui mekanisme kompetisi dan *benchmark* kinerja daerah

3. Peningkatan Layanan Penyediaan/suplai Sanitasi

Peningkatan penyediaan sanitasi yang secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak dalam rangka membuka dan mengembangkan pasar sanitasi perdesaan, yaitu:

- Mengembangkan opsi teknologi sarana sanitasi yang sesuai kebutuhan dan terjangkau;
- Menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sanitasi perdesaan;
- Mengembangkan kapasitas pelaku pasar sanitasi termasuk wirausaha sanitasi lokal;
- Mempromosikan pelaku usaha sanitasi dalam rangka memberikan akses pelaku usaha sanitasi lokal ke potensi pasar (permintaan) sanitasi *on site* potensial.

4. Penciptaan Lingkungan yang Kondusif.

Komponen ini mencakup advokasi kepada para pemimpin Pemerintah, Pemerintah Daerah dan pemangku kepentingan dalam membangun komitmen bersama untuk melembagakan kegiatan pendekatan STBM yang diharapkan akan menghasilkan:

- Komitmen pemerintah daerah menyediakan sumber daya untuk melaksanakan pendekatan STBM menyediakan anggaran untuk penguatan intitusi;
- Kebijakan dan peraturan daerah mengenai program sanitasi seperti SK Bupati, Perda, RPJMP, Renstra, dan lain-lain;
- Terbentuknya lembaga koordinasi yang mengarusutamakan sektor sanitasi, menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah, koordinasi sumber daya dari pemerintah maupun non-pemerintah;
- Adanya tenaga fasilitator, pelatih STBM dan kegiatan peningkatan kapasitas;
- Adanya sistem pemantauan hasil kinerja dan proses pengelolaan pembelajaran.

Komponen peningkatan kebutuhan dan permintaan sanitasi dapat dilaksanakan terlebih dulu untuk memberikan gambaran kepada masyarakat sasaran tentang resiko hidup dilingkungan yang kumuh, seperti mudah tertular penyakit yang disebabkan oleh makanan dan minuman yang tidak higienis, lingkungan yang kotor dan bau, pencemaran sumber air terutama air tanah dan sungai, daya belajar anak menurun, dan kemiskinan. Salah satu metode yang dikembangkan untuk peningkatan kebutuhan dan permintaan sanitasi adalah *Community Led Total Sanitation* (CLTS) yang mendorong perubahan perilaku masyarakat sasaran secara kolektif dan mampu membangun sarana sanitasi secara mandiri sesuai kemampuan.

Peningkatan layanan penyediaan sanitasi dilakukan untuk mendekatkan pelayanan jasa pembangunan sarana sanitasi dan memudahkan akses oleh masyarakat, menyediakan berbagai tipe sarana yang terjangkau oleh masyarakat dan opsi keuangan khususnya skema pembayaran sehingga masyarakat yang kurang mampu memiliki akses terhadap sarana sanitasi yang sehat. Pendekatan ini dapat dilakukan tidak hanya dengan melatih dan menciptakan para wirausaha

sanitasi, namun juga memperkuat layanan melalui penyediaan berbagai variasi/opsi jenis sarana yang dibangun, sehingga dapat memenuhi harapan dan kemampuan segmen pasar. Informasi yang rinci, akurat dan mudah dipahami oleh masyarakat sangat diperlukan untuk mendukung promosi sarana sanitasi yang sehat yang dapat disediakan oleh wirausaha sanitasi dan hal ini dapat disebarluaskan melalui jejaring pemasaran untuk menjaring konsumen.

Kedua komponen tersebut dapat berinteraksi melalui mekanisme pasar bila mendapatkan dukungan dari pemerintah yang dituangkan dalam bentuk regulasi, kebijakan, penganggaran dan pendekatan yang dikembangkan. Bentuk upaya tersebut adalah penciptaan lingkungan yang kondusif untuk mendukung kedua komponen berinteraksi. Ada beberapa indikator yang dapat menggambarkan lingkungan yang kondusif antara lain:

- Kebijakan,
- Kelembagaan,
- Metodologi pelaksanaan program,
- Kapasitas pelaksanaan,
- Produk dan perangkat,
- Keuangan,
- Pelaksanaan dengan biaya yang efektif,
- Monitoring dan evaluasi

C. Lima Pilar Stbm

a. Pengertian

Lima Pilar STBM terdiri dari :

2. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)

Suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan.

3. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perilaku cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir.

4. Pengelolaan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (PAMM-RT)

Suatu proses pengolahan, penyimpanan dan pemanfaatan air minum dan air yang digunakan untuk produksi makanan dan keperluan oral lainnya, serta pengelolaan makanan yang aman

di rumah tangga yang meliputi 6 prinsip Higiene Sanitasi Pangan: (1) Pemilihan bahan makanan, (2) Penyimpanan bahan makanan, (3) Pengolahan bahan makanan, (4) Penyimpanan makanan, (5) Pengangkutan makanan, (6) Penyajian makanan.

5. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga

Proses pengelolaan sampah yang aman pada tingkat rumah tangga dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang dan mendaur ulang. Pengelolaan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaurulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan.

6. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga.

Proses pengelolaan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan.

b. Penyelenggara pelaksanaan 5 pilar STBM

Penyelenggara pelaksanaan 5 pilar STBM adalah masyarakat, baik yang terdiri dari individu, rumah tangga maupun kelompok-kelompok masyarakat.

c. Manfaat pelaksanaan 5 pilar STBM

Adanya lima pilar STBM akan membantu masyarakat untuk mencapai tingkat higienitas yang paripurna, sehingga akan menghindarkan mereka dari kesakitan dan kematian akibat sanitasi yang tidak sehat. Perubahan perilaku pada pilar pertama, buang air besar pada tempat yang layak, merupakan pintu masuk bagi perilaku hidup bersih dan sehat lainnya yang ada pada pilar 2, 3, 4 dan 5.

d. Tujuan pelaksanaan 5 pilar STBM

Dibaginya pelaksanaan STBM di bawah naungan lima pilar akan mempermudah upaya mencapai tujuan akhir STBM, tidak hanya untuk meningkatkan akses sanitasi masyarakat yang lebih baik tetapi juga merubah dan mempertahankan keberlanjutan praktik-praktik budaya hidup bersih dan sehat. Sehingga dalam jangka panjang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh sanitasi yang kurang baik, dan dapat mendorong terwujudnya masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan.

D. Prinsip-Prinsip Stbm

Prinsip-prinsip STBM adalah

a. Tanpa subsidi.

Masyarakat tidak menerima bantuan dari pemerintah atau pihak lain untuk menyediakan sarana sanitasi dasarnya.

Penyediaan sarana sanitasi dasar adalah tanggung jawab masyarakat. Sekiranya individu masyarakat belum mampu menyediakan sanitasi dasar, maka diharapkan adanya kepedulian dan kerjasama dengan anggota masyarakat lain untuk membantu mencari solusi.

b. Masyarakat sebagai pemimpin

Inisiatif pembangunan sarana sanitasi hendaknya berasal dari masyarakat. Fasilitator maupun wirausaha sanitasi hanya membantu memberikan masukan dan pilihan-pilihan solusi kepada masyarakat untuk meningkatkan akses dan kualitas hygiene dan sanitasinya. Semua kegiatan maupun pembangunan sarana sanitasi dibuat oleh masyarakat. Sehingga ikut campur pihak luar tidak diharapkan dan tidak diperbolehkan. Dalam praktiknya, biasanya akan tercipta *natural-natural leader* di masyarakat.

c. Tidak menggurui/memaksa

STBM tidak boleh disampaikan kepada masyarakat dengan cara menggurui dan memaksa mereka untuk mempraktikkan budaya hygiene dan sanitasi, apalagi dengan memaksa mereka membeli jamban atau produk-produk STBM.

d. Totalitas seluruh komponen masyarakat

Seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan-perencanaan-pelaksanaan serta pemanfaatan dan pemeliharaan. Keputusan masyarakat dan pelaksanaan secara kolektif adalah kunci keberhasilan STBM.

Secara lebih rinci, keempat prinsip diatas bisa dipahami dari penjelasan antara sistem kejar target/ proyek dengan STBM yang dapat dilihat pada tabel dibawah:

Kriteria	Sistem Kejar Target (Proyek)	STBM
<i>Input dari luar masyarakat</i>	Subsidi benda-benda untuk jamban	Pemberdayaan masyarakat
<i>Model</i>	Model ditentukan	Muncul inovasi lain dari masyarakat.

Kriteria	Sistem Kejar Target (Proyek)	STBM
<i>Cakupan</i>	Sebagian	Menyeluruh
<i>Indikator keberhasilan</i>	Menghitung jamban	Tidak ada lagi kebiasaan BAB di sembarang tempat
<i>Bahan yang digunakan</i>	Semen, porselen, batu bata, dan lain-lain	Bisa dimulai dengan bambu, kayu, dan lain-lain
<i>Biaya</i>	Berkisar antara Rp. 500.000-1.000.000 per model	Relatif lebih murah
<i>Pemanfaat</i>	Yang punya uang	Masyarakat yang sangat miskin
<i>Waktu yang dibutuhkan</i>	Seperti yang ditargetkan oleh proyek	Ditentukan oleh masyarakat
<i>Motivasi utama</i>	Subsidi / bantuan	Harga diri
<i>Model penyebaran</i>	Oleh organisasi luar / formal	Oleh masyarakat melalui hubungan persaudaraan, perkawanan dan lain-lain
<i>Keberlanjutan</i>	Sulit untuk dipastikan	Dipastikan oleh masyarakat
<i>Sanksi bila melakukan BAB sembarangan</i>	Tidak ada	Disepakati oleh masyarakat. Contoh denda Rp. 1.000.000 di desa Jombe, kecamatan Turatea, kab. Jenepono
<i>Tipe monitoring</i>	Oleh proyek	Oleh masyarakat (bisa harian, bulanan, mingguan)

E. Pilar Perubahan Perilaku

a. Tangga Sanitasi

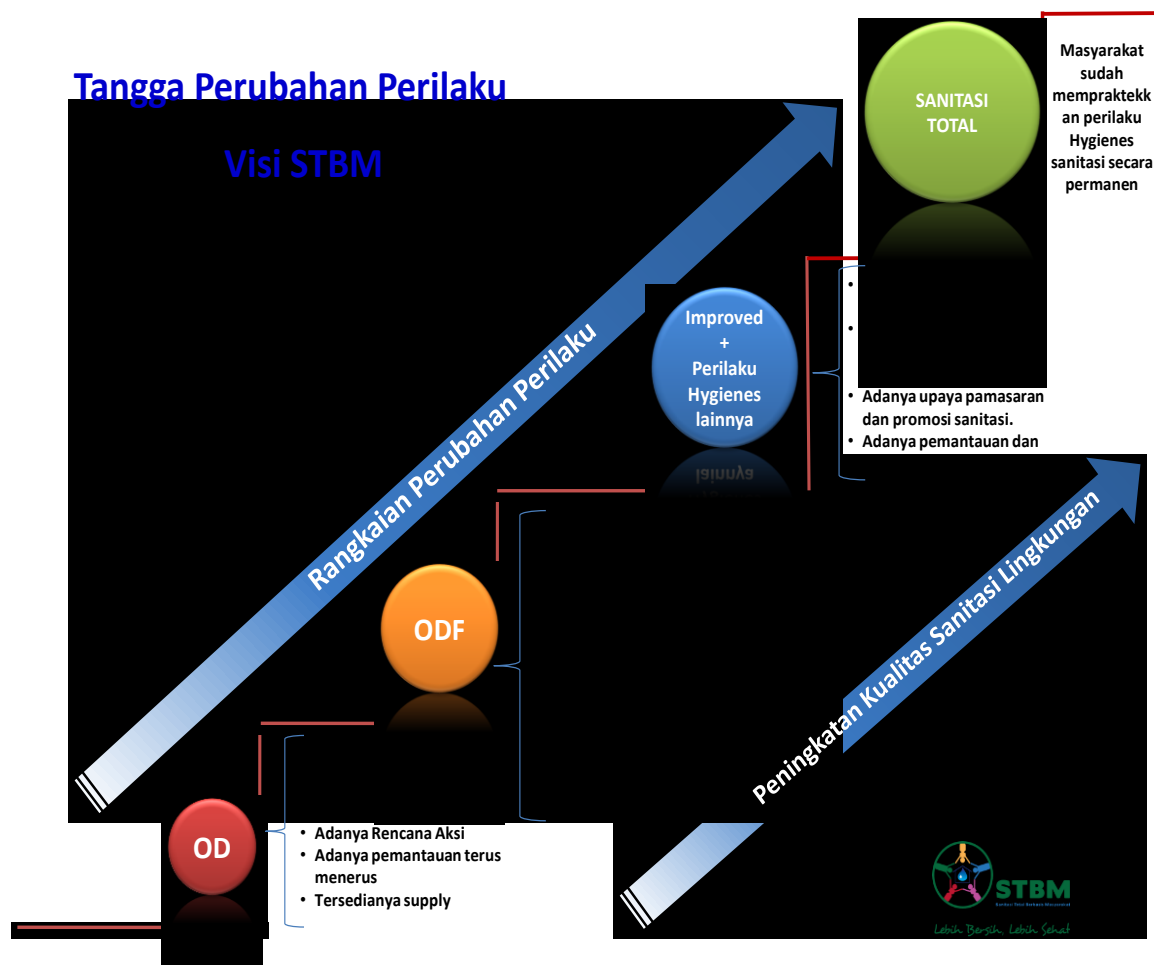
Tangga sanitasi merupakan tahap perkembangan sarana sanitasi yang digunakan masyarakat, dari sarana yang sangat sederhana sampai sarana sanitasi yang sangat layak dilihat dari aspek kesehatan, keamanan dan kenyamanan bagi penggunanya.

Dalam STBM, masyarakat tidak diminta atau disuruh untuk membuat sarana sanitasi tetapi hanya mengubah perilaku sanitasi mereka. Namun pada tahap selanjutnya ketika masyarakat sudah mau merubah kebiasaannya, misalnya kebiasaan BAB atau CTPSnya, sarana sanitasi menjadi suatu hal yang tidak terpisahkan.

Seringkali pemikiran masyarakat memandang sarana sanitasi seperti jamban adalah sebuah bangunan yang kokoh, permanen, dan membutuhkan biaya yang besar untuk membuatnya. Pemikiran ini sedikit banyak menghambat animo masyarakat untuk membangun jamban, karena alasan ekonomi dan lainnya sehingga kebiasaan masyarakat untuk buang air besar pada tempat yang tidak seharusnya tetap berlanjut.

b. Tangga perubahan perilaku visi STBM

Langkah-langkah perkembangan visi STBM terkait dengan perubahan perilaku hygiene dan sanitasi masyarakat (*terlihat dalam gambar di bawah*), belajar dari pengalaman global, diketahui perilaku hygiene tidak dapat dipromosikan untuk seluruh rumah tangga secara bersamaan. Promosi perubahan perilaku kolektif harus berfokus pada satu atau dua perilaku yang berkaitan pada saat bersamaan.



DAFTAR PUSTAKA

Drs. Muhammad Jufri, M.Si,2012. *"Mata Kuliah Komunikasi Kesehatan"*. Palu: STISIPOL Panca Bhakti.

dr. Nengah Adnyana Oka M., M.Kes,2012. *"Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan Dalam Promosi Kesehatan"* AAK Nasional Surakarta.

<http://aaknasional.wordpress.com/2012/03/29/alat-bantu-dan-media-pendidikan-kesehatan-dalam-promosi-kesehatan/> (30 September 2013).

Butur Anwar,2011. *"Makalah Komunikasi Kesehatan"*

<http://anwarbutur.blogspot.com/2011/06/makalah-komunikasi-kesehatan.html> (diakses 30 September 2013)

Radtnha Midwifery,2012. *"Makalah Media Promosi Kesehatan (Matkul_Promosi Kesehatan)"*.

Chamysh3yna's Blog. http://radtnhamidwifery.wordpress.com/2012/05/27/makalah-media-promosi-kesehatan-matkul_promosi-kesehatan-2/ (diakses 30 September 2013).

Radtnha Midwifery,2012. *"Makalah Media Promosi Kesehatan (Matkul_Promosi Kesehatan)"*.

Chamysh3yna's Blog. http://radtnhamidwifery.wordpress.com/2012/05/27/makalah-media-promosi-kesehatan-matkul_promosi-

KONSEP DASAR PROMKES

Reference:

Dignan MB., Carr PA., 1992. Program Planning for Health Education and Promotion. Second Edition.

USA : Lea & Febiger

Fertman, Cl., & Allensworth, DD.2010. Health Promotion Program. San Francisco, US : A Wiley Imprint.

Keleher, H., MacDougall, C., & Murphy, B. 2007. Understanding Health Promotion. Victoria, Australia : Oxford University Press.

www.who.int. 1998

DAFTAR PUSTAKA

Notoatmojo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta

Novita, Nesi. 2011. *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Mubarak, Wahit Iqbal. Promosi Kesehatan untuk Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika

http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi_kesehatan

<http://www.scribd.com/doc/71379835/Etika-Promosi-Kesehatan-Bagian-1>

<http://penerbitsalemba.com/v2/product/view/731>

7 TAHAP PERENCANAAN STRATEGIS PROMOSI KESEHATAN

Strategis menjelaskan hasil yang diinginkan dan cara dalam pencapaian tujuan yang akan dicapai pada hasil pelaksanaan tetapi tidak selalu masuk ke detail tentang metode atau mengukur hasil. Perencanaan strategis mengacu pada perencanaan sebuah kegiatan berskala besar yang melibatkan berbagai intervensi pada patner yang berbeda dan bertahap.

Pada “*English white paper on Public Health*” disebutkan bahwa perencanaan strategis mengacu pada kebutuhan yang telah digabungkan dan kebijakan yang terkait. Ewles dan Simnett (1995) menggambarkan beberapa tingkat/tafak dalam pengembangan strategi meliputi :

1. Identifikasi kegemaran patner
2. Diagnose, yaitu identifikasi kemana dan bagaimana kita menginginkan sesuatu yang berbeda
3. Visi, yaitu terkait dengan hasil yang diharapkan
4. Pembangunan, kebutuhan untuk merubah permintaan sesuai dengan apa yang dicitakan dan apakah Program yang ada sejalan dengan harapan.
5. Rencana pelaksanaan, yaitu rencana mengenai apa yang akan dilakukan selanjutnya

Model Perencanaan Promosi Kesehatan

Menurut Ewles dan Simnett (1995), kerangka kerja perencanaan promosi kesehatan dapat meliputi :

Stage 1: Identifikasi kebutuhan dan prioritas

Identifikasi kebutuhan dan prioritas memerlukan penelitian dan penyelidikan, atau mungkin dengan menyeleksi sebagian klien dilihat dari kasus yang menjadi problem. Identifikasi kebutuhan dapat dilakukan dengan melakukan penyelidikan/penelitian secara berurutan terhadap keadaan klien, bertanya langsung kepada klien tentang topik terkait informasi dan nasehat yang mereka perlukan. Selain itu, identifikasi dapat juga melihat pada catatan kasus

untuk dapat mengidentifikasi topik yang bersifat umum. Contoh: tim kesehatan mungkin mengetahui bahwa banyak orangtua bermasalah dengan pola tidurnya, oleh karena itu pimpin atau beri arahan kepada mereka untuk melakukan set up di klinik masalah tidur.

Model perencanaan lainnya dimulai dari perbedaan pint, contoh: pada Model perencanaan Tone's (Tones, 2010) memulai dengan menetapkan tujuan promosi kesehatan yang kemudian dianalisa untuk menentukan intervensi pendidikan/promosi kesehatan yang tepat. Intervensi yang dilakukan dimodifikasi dengan merujuk karakteristik pada kelompok target, dan detail rencana program pendidikan. Model perencanaan Tone's fokus pada intervensi pendidikan, keberlangsungan dari strategi nasional pada promosi kesehatan melengkapi tujuan promosi kesehatan dalam pelaksanaan. Menurut Minkler, M. Ed. (1997) model perencanaan dimulai dengan menyusun atau mengatur sebuah kelompok kerja untuk mengkaji ulang (review) masalah dan identifikasi proyek promosi kesehatan yang sesuai dengan kasus/masalah yang ada.

Stage 2: Mementukan tujuan dan target

Tujuan mengacu pada goal dengan meningkatkan kesehatan di beberapa area, contoh: mengurangi konsumsi alcohol karena berhubungan dengan terjadinya gangguan kesehatan. Objek atau sasaran membuhkan pernyataan spesifik dan harus merupakan pernyataan yang mengaktifkan objek bekerjasama dalam pencapaian tujuan yang dicita-citakan bersama. Objek atau sasaran kemudian diarahkan untuk diberi pendidikan, menciptakan kebiasaan yang sehat, mengacu pada kebijakan yang terkait, dan menganalisa proses serta hasil kelingkungan. Pendidikan objek/sasaran mungkin memutuskan beberapa kategori meliputi:

1. Level pengetahuan klien (objek) bertambah, terkait dengan masalah yang dibahas dalam promosi kesehatan
2. Affektif klien (objek) mengalami perubahan menuju pola hidup lebih sehat, yang dapat dilihat pada perubahan tingkah laku dan kepercayaan
3. Kebiasaan atau ketrampilan klien bertambah/ semakin mahir pada kompetensi dan ketrampilan baru.

Target promosi kesehatan dapat meliputi tambaha sebagai berikut :

- a. Perubahan kebiasaan, meliputi perubahan gaya hidup dan peningkatan pelayanan.
Contoh: mengurangi kebiasaan merokok
- b. Perubahan pada kebijakan kesehatan
- c. Peningkatan partisipan dalam proses pelaksanaan dan kemampuan untuk bekerjasama.
Contoh: meningkatkan/menggerakkan komunitas (partisipan) di sector dalam guna mendukung program Indonesia sehat MDGs 2014.
- d. Perubahan lingkungan menjadi lebih sehat, contoh membudayakan membuang sampah pada tempatnya.

Stage 3: Identifikasi metode yang tepat dalam pencapaian tujuan

Pemilihan metode disesuaikan dengan tujuan promosi kesehatan yang akan dicapai dan memperhatikan segi objek, artinya metode yang digunakan mampu memberi reflek pada objek/target yang dituju.

Metode tertentu terkadang tidak cukup efektif digunakan pada objek tertentu. Misalnya, pada promosi kesehatan yang diadakan pada sekelompok kecil akan lebih efektif dalam memberikan pendidikan dan melihat terjadinya perubahan perilaku pada objek sebagai hasil dari pelaksanaan sehingga metode pengajaran dapat dilakukan oleh individu atau sekelompok kecil tim kesehatan. Sedangkan, pada taraf komunitas, metode promosi kesehatan akan lebih efektif apabila dilakukan dengan cara bekerjasama dengan pemerintah daerah yang terkait guna mendukung pelaksanaan promosi kesehatan yang akan dijalankan. Media massa juga dapat menjadi metode promosi kesehatan pada cakupan objek yang lebih kompleks lagi. Melalui media massa akan lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan terhadap topic kesehatan, akan tetapi kurang efektif untuk mengukur atau menilai terjadinya perubahan perilaku dari objek sasaran. Oleh karena itu, dalam pemilihan metode promosi kesehatan harus selalu menghubungkan antara tujuan, objek yang menjadi sasaran, pengetahuan dan juga ketrampilan dari tim kesehatan sehingga topic kesehatan tidak hanya dimengerti tetapi mampu diterapkan dalam kehidupan sehingga diperoleh perubahan perilaku menuju kearah kebiasaan pola hidup sehat.

Satge 4: Identifikasi sumber yang terkait

Ketika objek dan metode telah diputuskan, tingkat perencanaan selanjutnya adalah mempertimbangkan mengenai sumber spesifik yang dibutuhkan dalam mengimplementasi strategi pelaksanaan. Sumber dapat berupa dana, ketrampilan dan keahlian, bahan seperti selebaran atau kotak pembelajaran, kebijakan yang menarik, rencana, fasilitas dan pelayanan.

Stage 5: Menyusun metode rencana evaluasi

Evaluasi harus berhubungan tujuan/sasaran yang telah disusun sebelumnya tetapi dapat diusahakan lebih dari tujuan yang telah ditetapkan atau kurang dari yang dicita-citakan. Evaluasi dapat kita lakukan dengan menanyakan pada partisipan mengenai pemahaman informasi pada akhir sesi atau dapat juga dalam bentuk lebih formal seperti dengan membagikan kuisioner kepada peserta/partisipan untuk diisi sesuai apa yang dipahami atau dimengerti setelah pelaksanaan promosi keehatan.

Stage 6: Menyusun rencana pelaksanaan

Penyusunan rencana pelaksanaan merupakan tindakan yang meliputi penulisan detail rencana pelaksanaan, seperti identifikasi topik/masalah, orang yang akan menyampaikan informasi terkait dengan topic, sumber yang akan digunakan, rentang waktu hingga tahap rencana evaluasi.

Stage 7: Pelaksanaan atau Implementasi dari perencanaan

Merupakan tahap yang penting untuk selalu diperhatikan mengenai hal yang harus dan tidak harus dilakukan, sehingga tidak terjadi masalah yang tidak diharapkan. Pelaksanaan atau implementasi promosi kesehatan perlu direncanakan supaya dalam kenyataannya partisipan diharapkan mampu menyerap atau menerima, mengerti, memahami dan mau serta mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga diperoleh perubahan perilaku menjadi lebih sehat. hasil atau out-put yang ditunjukkan oleh partisipan setelah dilaksanakan promosi keehatan menjadi bahan dalam penusunan evaluasi.

Reference :

- Ewles, L., & Simnett, I., (1995). Promoting Health – A Practical Guide, London : Scutari Press
- Stanhope, M. dan Lancaster, J (1998). Community Health Nursing: Process and Practice for promoting Health , St. louis: Mosby Company.
- Minkler, M. Ed. (1997). Community Organizing & Community Building for Health. Rutgers State University Press.
- Keith Tones and Jackie Green, (2010). Health promotion : planning and strategies, 2nd ed., London : SAGE

DAFTAR PUSTAKA

- Herlina. 2011. Buku Panduan pemasaran Sosial; *BAB IV : Langkah-langkah dalam Mengembangkan Kegiatan Pemasaran Sosial*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMPAR
- Prasetya, Ikha. Minggu, 05 Februari 2012. *LANGKAH-LANGKAH DALAM MENGEMBANGKAN*
- *KEGIATAN PEMASARAN SOSIAL*. Google
- Defriano. Rabu, 4 April 2012. *PEMASARAN SOSIAL DALAM PROMOSI KESEHATAN*. Google
- Winarsih, Luluk. Minggu, 05 Juni 2011. *LANGKAH-LANGKAH DALAM MENGEMBANGKAN KEGIATAN PEMASARAN SOSIAL*. Google
- CV.SYASA PRATAMA GROUP. Kamis, 24 Februari 2011. *KOMUNIKASI KESEHATAN MASYARAKAT SEBAGAI INTERVENSI PERUBAHAN PERILAKU*. Google

II. REFERENSI

1. Institute for Development Studies, Working Paper 184, Subsidy or Self-Respect? Total Community Sanitation in Bangladesh, Kamal Kar, September 2003.
2. Sekretariat STBM Nasional, Materi Advokasi STBM 2012, Jakarta, 2012.
3. Sekretariat STBM Nasional, Manual Pelaksanaan Teknis 2012, Jakarta 2012.
4. Kemenkes RI, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan: Buku Sisipan STBM, Jakarta, 2013.
5. Update STBM, www.stbm-indonesia.org
6. Sejarah Sanitasi, Seri AMPL 23, www.ampl.or.id