BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Teori Pembangunan Manusia

Pembangunan sebenarnya meliputi dua unsur pokok. Pertama, materi yang dihasilkan dan dibagi. Kedua, masalah manusia yang menjadi manusia pembangunan. Para ahli ekonomi memang berbicaran tentang SDM atau sumber daya manusia. Tetapi pembicaraan tentang manusia disini lebih menekankan aspek keterampilan. Dengan demikian, manusia dianggap sebagai masalah teknis untuk peningkatan produksi saja. Dengan demikian, masalah manusia dilihat sebagai masalah teknis untuk peningkatan keterampilan, melalui bermacam sistem pendidikan (Budiman, 2000: 14).

Pada titik ini, berbicara tentang faktor-faktor non-material, seperti adanya rasa aman, rasa bebas dari ketakutan, dan sebagainya. Hanya dengan diciptakannya suasana ini, kondisi yang merangsang kreativitas (yang pada gilirannya akan melahirkan manusia-manusia pembangunan yang punya inisiatif dan dapat memecahkan bermacam persoalan) dapat diselenggarakan. Dengan demikian, pembangunan tidak hanya berurusan dengan produksi dan distribusi barang-barang material. Selain itu pembangunan juga harus menciptakan kondisi-kondisi yang membuat manusia bisa mengembangkan kreativitasnya.

Bagaimanapun juga, pembangunan pada akhirnya harus ditujukan pada pembangunan manusia. Manusia yang dibangun adalah manusia yang kreatif. Untuk bisa kreatif, manusia tersebut harus merasa bahagia, merasa aman dan bebas dari rasa takut. Hanya manusia seperti inilah yang bisa menyelenggarakan pembangunan dan memecahkan masalah yang dijumpainya (Budiman, 2000: 14).

Untuk menjelaskan fungsi ilmu Sosiologi, ada gunanya jika melihat ke proses pengaturan peran-serta pemanfaat dalam pembangunan pedesaan. Pernyataan “mengutamakan manusia” dalam proyek-proyek pemabangunan berarti member manusia lebih banyak peluang untuk berperan secara efektif dalam kegiatan pembangunan. Hal ini berarti memperkuat manusia untuk mengarahkan kapasitas mereka sendiri, menjadi actor sosial ketimbang subyek yang pasif, mengelola sumberdaya, membuat keputusan dan mengawasi kegiatan yang mempengaruhi kehidupan mereka. Hasil dari pendekatan atas-bawah (*top-down*) yang paternalistik cukup terkenal. Kita sekarang tiba-tiba mendengar mode-mode pernyataan yang mendukung pendekatan peran-serta (*participatory approaches*) dari politikus, perencana ahli ekonomi, dan teknokrat. Para ahli ilmu sosial adalah di antara yang pertama menjelaskan perlunya partisipasi. Partisipasi dalam program pembangunan pedesaan lebih merupakan slogan daripada realita. Pernyataan yang dilontarkan secara tajam oleh

Gelias Castillo – “bagimana peran-serta menjadi peran-serta pembangunan” *(how participatory is participatory development?)* – sepenuhnya dibenarkan dan harus dinyatakan pada setiap program pembangunan. Apa yang sesunguhnya terjadi apabila manusia tidak diutamakan secara meyakinkan telah ditunjukkan oleh analisis dari banyak program pembangunan yang selesai namun gagal (Cernea, 1988:13).

Kottak dalam Cernea (1988.13), menyatakan bahwa mengutamakan manusia dalam campur tangan pembangunan berarti memenuhi kebutuhan bagi perubahan yang mereka rasakan; mengidenfikasi sasaran dan strategi bagi perubahan yang sesuai dengan budaya; membangun yang tepat-guna secara budaya, dapat dilaksanakan, dan rancangan yang efisien bagi inovasi; lebih bertujuan memanfaatkan ketimbang menentang kelompok dan organisasi yang ada; memantau dan mengevaluasi secara informal peserta selama pelaksanaan; dan mengumpulkan informasi terinci sebelum dan sesudah pelaksanaan sehingga dampak sosioekonomi dapat dinilai secara akurat.

Keahlian sosial dapat membantu melokasikan dan merumuskan proyek-proyek yang diprakarsai oleh penduduk setempat dalam menjawab masalah-masalahm konkret yang mereka rasakan dan perubahan yang ingin mereka lakukan sendiri. Para ahli Sosiologi juga dapat membantu melokasikan

“kantung-kantung kemiskinan” yang merupakan arah program pembangunan (Cernea, 1988:452).

2. Konsep Dasar Promosi Kesehatan

Green (1984:165) mendefinisi promosi kesehatan sebagai berikut: Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dari batasan ini jelas, bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Menurut teori Green (1980) dalam Notoatmodjo, (2003:104) bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi sebagai faktor predisposisi disamping faktor pendukung seperti lingkungan fisik, prasarana dan faktor pendorong yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya.

Piagam Ottawa (Ottawa Charter: 1986:4). Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada, menyatakan bahwa: Promosi Kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali atas

kesehatannya, dan meningkatkan status kesehatan mereka. Dengan kata lain promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yakni “kemauan” dan “kemampuan”, atau tidak sekedar meningkatnya kemauan masyarakat seperti dikonotasikan oleh pendidikan kesehatan. Untuk mencapai status kesehatan yang paripurna baik fisik, mental dan kesejahteraan social, masyarakat harus mampu mengenal/mengidentifikasi dan mewujudkam aspirasinya, untuk memenuhi kebutuhannya, dan mengubah atau mengatasi keadaan lingkungannya.

Teori klasik oleh Blum (1974:102) mengatakan bahwa ada 4 determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatn individu, kelompok/masyarakat. Empat determinan tersebut secara berturut-turut besarnya pengaruh terhadap kesehatan adalah:

1. Lingkungan : berupa lingkungan fisik (alami, buatan) kimia (organik / anorganik, logam beratm7, debu), biologik (virus, bakteri, microorganisme) dan sosial budaya (ekonomi, pendidikan, pekerjaan)
2. Perilaku yang meliputi : sikap, kebiasaan, tingkah laku
3. Pelayanan kesehatan : promotif, perawatan, pengobatan, pencegahan kecacatan, rehabilitasigenetik, yang merupakan faktor bawaan setiap manusia

4. Keturunan atau *herediter* : gen, hereditas yang menjadi sifat dasar setiap individu

Mubarak dan Chayatin (2007:69) Dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa Canada tahun 1986 telah menghasilkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*) yang berisi lima butir kesepakatan yang meliputi :

1. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Healthy public policy*)

Dalam proses pembangunan adakalanya aspek kesehetan sering diabaikan, oleh karena itu adanya kebijakan yang berwawasan kesehatan, diharapkan bisa mengedepankan proses pembangunan dengan tetap memperhatikan aspek-aspek kesehatan. Kegiatan ini ditujukan kepada para pengambil kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) baik di institusi pemerintah maupun swasta. Sebagai contoh, adanya perencanaan pembangunan PLTN di daerah jepara, para penagmbil kebijakan dan pembuat keputusan harus benar-benar bisa memperhitungkan untung ruginya. harus diperhatikan kemungkinan dampak radiasi yang akan ditimbulkan, serta kemungkinan-kemungkinan lain yang bisa berdampak pada kesehatan.

2. Lingkungan yang mendukung (*Supportive environment*).

Aspek lingkungan juga perlu diperhatikan. Lingkungan disini diartikan dalam pengertian luas. Baik lingkungan fisik (biotik, non biotik), dan lingkungan non fisik. Diharapkan tercipta lingkungan

yang kondusip yang dapat mendukung terwujudnya masyarakat yang sehat.

Contoh : perlunya jalur hijau didaerah perkotaan, yang akhir-akhir ini sering diabaikan pemanfaatannya oleh oknum-oknum tertentu. perlunya perlindungan diri pada kelompok terpapar pencemaran udara , seperti penggunaan masker pada penjaga loket jalan tol, petugas polantas, dsb.

3. Reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient health service*).

Adanya kesalahan persepsi mengenai pelayanan kesehatan, tanggung jawab pelayanan kesehatan kadang hanya untuk pemberi pelayanan (*health provider*), tetapi pelayanan kesehatan juga merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pihak yang mendapatkan pelayanan. Bagi pihak pemberi pelayanan diharapkan tidak hanya sekedar memberikan pelayanan kesehatan saja, tetapi juga bisa membangkitkan peran serta aktif masyarakat untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. dan sebaliknya bagi masyarakat, dalam proses pelayanan dan pembangunan kesehatan harus menyadari bahwa perannya sangatlah penting, tidak hanya sebagai subyek, tetapi sebagai obyek. Sehingga peranserta masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangatlah diharapkan.

Contoh : semakin banyaknya upaya-upaya kesehatan yang bersumberdaya masyarakat (UKBM), seperti posyandu, UKGMD, Saka bhakti Husada, poskestren, dll.

4. Ketrampilan individu (*Personal Skill*)

Dalam mewujudkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, ketrampilan individu mutlak diperlukan. Dengan harapan semakin banyak individu yang terampil akan pelihara diri dalam bidang kesehatan, maka akan memberikan cerminan bahwa dalam kelompok dan masyarakat tersebut semuanya dalam keadaan yang sehat. ketrampilan individu sangatlah diharapkan dalam mewujudkan keadaan masyarakat yang sehat. Sebagai dasar untuk terapil tentunya individu dan masyarakat perlu dibekali dengan berbagai pengetahuan mengenai kesehatan, selain itu masyarakata juga perlu dilatih mengenai cara-cara dan pola-pola hidup sehat.

Contoh : melalui penyuluhan secra indicidu atau kelompok seperti di Posyandu, PKK. Adanya pelatihan kader kesehatan, pelatihan dokter kecil, pelatihan guru UKS, dll.

5. Gerakan masyarakat (*Community action*).

Adanya gerakan ini dimaksudkan untuk menunjukan bahwa kesehatan tidak hanya milik pemerintah, tetapi juga milik masyarakat. Untuk dapat menciptakan gerakan kearah hidup sehata, masyarakat perlu dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan. selain itu masyarakat perlu diberdayakan agar

mampu berperilaku hidup sehat. Kewajiban dalam upaya meningkatkan kesehatan sebagai usaha untuk mewujudkan derajat setinggi-tingginya, teranyata bukanlah semata-mata menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan. Masyarakat justru yang berkewajiban dan berperan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Hal ini sesuai yang tertuang dalam Pasal 9 , UU N0. 36 tahun 2009 Tentang kesehatan, yang berbunyi : "Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya".

Contoh ; adanya gerakan 3 M dalam program pemberantasn DBD, gerakan jumat bersih, perlu diketahuai di negeri tetangga malaysia ada gerakan jalan seribu langkah (hal ini bisa kita contoh), bahkan untuk mengukurnya disana sudah dijual alat semacam speedometer.

3. Strategi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya pemberdayaan terhadap perorangan, kelompok, dan masyarakat agar memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan, serta pengembangan iklim yang mendukung, dilakukan dari oleh dan untuk masyarakat sesuai faktor budaya setempat (Soekidjo, 2014:69).

Promosi kesehatan di puskesmas merupakan upaya puskesmas dalam memberdayakan pengunjung dan masyarakat

baik didalam maupun di luar puskesmas agar berpengetahuan hidup bersih dan sehat (PHBS) untuk mengenali masalah kesehatan, mencegah dan menanggulanginya. Dengan promosi kesehatan juga menjadikan lingkungan puskesmas lebih aman, nyaman, bersih dan sehat dalam mendukung pengetahuan hidup bersih dan sehat (PHBS). Promosi kesehatan dipuskesmas merupakan tanggung jawab bersama antara petugas, pengunjung maupun masyarakat. Petugas puskesmas diharapkan menjadi teladan pengetahuan sehat dimasyarakat dan melahirkan gerakan pemberdayaan masyarakat. Sedang para pengunjung puskesmas yaitu para pasien dan keluarganya dapat menerapkan pengetahuan sehat juga aktif menjadi penggerak atau kader kesehatan dimasyarakat. Upaya dimaksud juga menjadi tangung jawab pemerintah kabupaten/kota beserta jajaran sektor terkait untuk memfasilitasi puskesmas agar dapat melaksanakan promosi kesehatan di puskesmas (Maulana, 2009:35).

Sumber daya utama yang diperlukan untuk penyelengaraan promosi kesehatan di puskesmas adalah tanaga, sarana-prasarana dan dana atau anggaran. Standar tenaga khusus promosi kesehatan di puskesmas menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1114/Menkes/SK/II/2005 tentang Pedoman Promosi Kesehatan di Daerah adalah sebagai berikut: minimal D3 kesehatan, minat dan bakat dibidang promosi 1 orang, yang dapat membantu tenaga kesehatan lain merancang

pemberdayaan kesehatan, yang dapat melakukan bina suasana dan advokasi.

Committee on Health Education and Promotion Terminology yang dikutip oleh McKenzie (2007:106) menyatakan bahwa promosi kesehatan sebagai kombnasi terencana apapun dari mekanisme pendidikan, politik, lingkungan, peraturan, maupun mekanisme organisasi yang mendukung tindakan dan kondisi kehidupan yang kondusif untuk kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Pada Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh dan untuk bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Dalam melakukan promosi kesehatan tidak terlepas dari perilaku. Perilaku tidak hanya menyangkut dimensi kultural yang berupa sistem nilai dan norma, melainkan juga dimensi ekonomi. Sistem nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma “dibuat” oleh masyarakat untuk dianut oleh individu-individu anggota masyarakat tersebut. Namun demikian sistem nilai dan norma, sebagai sistem sosial, adalah sesuatu yang dinamis. Artinya, sistem nilai dan norma suatu masyarakat aka nberubah

mengikuti perubahan-perubahan lingkungan dari masyarakat yang bersangkutan (Depkes RI, 2006).

Hasil Konferensi Internasional ke-4 tentang Promosi kesehatan, yang dikutip oleh Liliweri (2007:112), menyatakan bahwa prioritas promosi kesehatan dalam abad 21 adalah :

1. Mempromosikan tanggung jawab sosial bagi kesehatan.
2. Meningkatkan modal untuk pengembangan kesehatan.
3. Konsolidasi dan perluasan kemitraan untuk kesehatan.
4. Meningkatkan kapasitas komunitas dan memperkuat individu
5. Melindungi keamanan infrastruktur promosi kesehatan.

Tempat kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan di dalam gedung puskesmas dan diluar gedung puskesmas.

1. Kegiatan promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas adalah promosi kesehatan yang dilaksanakan di lingkungan dan gedung puskesmas seperti di tempat pendaftaran, poliklinik, ruang perawatan, laboratorium, kamar obat, tempat pembayaran dan halaman puskesmas. Kegiatan promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas dilaksanakan sejalan dengan pelayanan yang diselenggarakan puskesmas.
2. Kegiatan promosi kesehatan diluar gedung adalah promosi kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan diluar gedung puskesmas. Artinya promosi kesehatan dilakukan untuk masyarakat, yang berada di wilayah kerja puskesmas, namun pelaksanaannya diluar gedung sebagai suatu upaya untuk

meningkatkan PHBS melalui pengorganisasian masyarakat. Pengorganisasian masyarakat merupakan suatu proses penggerakan dan pemberdayaan masyarakat yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pencatatan dan penilaian dalam membangn masyarakat untuk mau dan mampu mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya sesuai kemampuannya, khususnya yang berkaitan dengan PHBS. Pelaksanaan promosi kesehatan diluar gedung dilakukan oleh puskesmas bekerja sama dengan berbagai pihak potensial lainnya, yaitu dengan menerapkan advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan, antara lain dengan promosi kesehatan melalui pendekatan individu dan promosi kesehatan melalui pendekatan kelompok (Heri, 2007:187).

Promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna *(komprehensif)*, khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menetapkan tiga strategi dasar promosi kesehatan, yaitu (1) advokasi, (2) gerakan pemberdayaan masyarakat dan, (3) bina suasana, yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat (Depkes RI, 2006).

a. Strategi Advokasi

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu atau mendukung

terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau atau penentu kebijakan diberbagai sektor, dan diberbagai tingkat sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan.

Menurut Notoadmodjo (2003:16) yang mengutip pendapat Hopkins, defenisi advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui bermaca-macam bentuk komunikasi persuasif. Advokasi dapat diartikan sebagai upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait *(stakeholders)*. Berbeda dengan bina suasana, advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan yang berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang-undangan), dana, sarana, dan lain-lain sejenis.

Stakeholders yang dimaksud bisa berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh adat, dan lain-lain yang umumnya dapat berperan sebagai penentu “kebijakan” (tidak tertulis) di bidangnya. Tidak boleh dilupakan pula tokoh-tokoh dunia usaha, yang diharapkan dapat berperan sebagai

penyandang dana non-pemerintah (Puspromkes Depkes, 2006).

Kegiatan Advokasi ada bermacam-macam bentuk baik secara formal ataupun informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat terkait. Kegiatan Advokasi secara informal misalnya berkunjung kepada para pejabat relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau dalam bentuk dana atau fasilitas lain (Hartono, 2010:98).

Kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan *(decision makers)* dan penentu kebijakan *(policy makers)* dalam bidang kesehatan maupun sektor lain diluar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat. Advokasi terhadap kesehatan merupakan sebuah upaya yang dilakukan orang-orang dibidang kesehatan, utamanya promosi kesehatan, sebagai bentuk pengawalan terhadap kesehatan. Advokasi ini lebih menyentuh pada pembuat kebijakan untuk lebih tahu dan memperhatikan kesehatan. Advokasi dapat dilakukan dengan mempengaruhi para pembuat kebijakan untuk dapat membuat peraturanperaturan yang bisa berpihak pada kesehatan dan peraturan tersebut dapat menciptakan

lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku sehat dapat terwujud di masyarakat (Kapalawi, 2007:85).

Dengan demikian, para pembuat keputusan akan mengadakan atau mengeluarkan kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi yang di harapkan menguntungkan bagi kesehatan masyarakat umum. Strategi ini akan berhasil jika sasarannya tepat. Bentuk dari advokasi berupa *lobbying* melalui pendekatan atau pembicaraan-pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, penyajian isu-isu atau masalah-masalah kesehatan yang mempengaruhi kesehatan masyrakat setempat dan seminar-seminar kesehatan (Mubarak, 2009:67).

a. Tujuan advokasi adalah untuk mendorong dan memperkuat suatu perubahan dalam kebijakan, program atau legalisasi, dengan memperkuat basis dukungan sebanyak mungkin.
b. Advokasi berfungsi untuk memepromosikan suatu perubahan dalam kebijakan program atau peraturan dan mendapatkan dukungan dari pihak-pihak lain.
c. Persyaratan untuk advokasi
   1) *Credible*, di mana program yang ditawarkan harus dapat meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat

keputusan, oleh karena itu harus di dukung akurasi data dan masalah.

2) *Feasible*, program yang di tawarkan harus mampu dilaksanakan secara teknik politik maupun teknik sosial.

3) *Relevant*

4) *Urgent*, program yang ditawarkan harus mempunyai prioritas tinggi.

d. Pendekatan kunci advokasi

1) Melibatkan para pemimpin atau pengambil keputusan

2) Menjalin kemitraan

3) Memobilisasi kelompok peduli.

Advokasi ditingkat keluarga/rumah tangga, strategi ini ditujukan kepada para kepala keluarga/bapak/suami, ibu, kakek, nenek. Tuiuannya agar para pengambil keputusan di tingkat keluarga/nunah tangga dapat meneladani dalam berperilaku sehat, memberikan dukungan, kemudahan, pengayoman dan bimbingan kepada anggota keluarga dan lingkungan disekitarnya. Advokasi ditingkat petugas, strategi ini ditujukan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan, seperti Kepala Puskesmas, pejabat di tingkat kabupaten/kota, yang secara fungsional maupun struktural pembina program kesehatan di wilayahnya. Tujuannya adalah agar para pimpinan atau pengambil keputusan mengupayakan kebijakan, program atau peraturan yang

berorientasi sehat, seperti adanya peraturan tertulis, dukungan dana, komitmen, termasuk memberikan keteladanan (Notoatmodjo, 2010:203).

Advokasi sebagai suatu kegiatan adalah sudah barang tentu mempunyai masukan *(input)*, proses, dan keluaran *(output)*. Oleh sebab itu apabila kita akan menilai keberhasilan advokasi, maka kita harus menilai tiga hal tersebut. Penilaian tiga hal ini didasarkan pada indikator-indikator yang jelas. Dibawah ini akan diuraikan tentang evaluasi advokasi serta indikator-indikator evaluasai tentang 3 komponen tersebut menurut (Notoatmodjo ,2010:210).

b. Strategi Bina Suasana

Bina Suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di mana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses Pemberdayaan Masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak para individu meningkat dari fase

tahu ke fase mau, perlu dilakukan Bina Suasana (Depkes RI, 2006).

Pada pelaksanaannya terdapat tiga pendekatan dalam Bina Suasana, yaitu (1) Pendekatan Individu, (2) Pendekatan Kelompok, dan (3) Pendekatan Masyarakat Umum (Depkes RI, 2006), dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Bina Suasana Individu, ditujukan kepada individu tokoh masyarakat. Melalui pendekatan ini diharapkan mereka akan menyebarluaskan opini yang positif terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan. Mereka juga diharapkan dapat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan dengan bersedia atau mau mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut.
2. Bina Suasana Kelompok, ditujukan kepada kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), kelompok keagamaan, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita, organisasi siswa/mahasiswa, organisasi pemuda, dan lain-lain. Pendekatan ini dapat dilakukan oleh dan atau bersama-sama dengan pemuka/tokoh masyarakat yang telah peduli. Diharapkan kelompok-kelompok tersebut menjadi peduli terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan dan menyetujui atau

mendukungnya. Bentuk dukungan ini dapat berupa kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait, dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

3. Bina Suasana Masyarakat Umum, dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet, dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dengan pendekatan ini diharapkan media-media massa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau "penekan" *(social pressure)* oleh individu-individu anggota masyarakat, sehingga akhirnya mereka mau melaksanakan perilaku yang sedang diperkenalkan. Strategi bina suasana dilakukan melalui: (1) Pengembangan potensi budaya masyarakat dengan mengembangkan kerja sama lintas sektor termasuk organisasi kemasyarakatan, keagamaan, pemuda, wanita serta kelompok media massa; dan (2) Pengembangan penyelenggaraan penyuluhan, mengembangkan media dan sarana, mengembangkan

metode dan teknik serta hal-hal lain yang mendukung penyelenggaraan penyuluhan.

Dukungan sosial di tingkat keluarga menurut Notoatmodjo (2010:183), strategi ini ditujukan kepada para kepala keluarga/suami/bapak ibu. kakek. nenek. dan lain-lain. Tujuannva adalah agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung dilaksahakannva PHBS di lingkungan keluarga. Caranya antara lain melalui anjuran untuk selalu datang ke Posyandu mengingatkan anggota keluarga untuk tidak merokok di dekat ibu hamil dan balita. Dukungan sosial di tingkat petugas, strategi ini ditujukan kepada kelompok sasar sekunder, seperti petugas kesehatan, kader, lintas sektor, lintas program, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), yang peduli kesehatan, dan media masa. Tujuannya adalah agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung dilaksanakannya PHBS. Caranya antara lain melalui penyuluhan kelompok, lokakarya, semin studi banding, pelatihan.

c. Strategi Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu

atau sadar *(aspek knowledge)*, dari tahu menjadi mau *(aspek attitude)*, dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan *(aspek practice)* (Natoadmodjo, 2003:97).

Pemberdayaan adalah sebuah konsep yang lahir sebagai bagian dari perkembangan alam pikiran masyarakat dan kebudayaan barat, terutama eropa (Kholid, 2012:59). Pemberdayaan masyarakat di butuhkan dalam kaitannya supaya masyarakat memperoleh kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Upaya ini dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, pengorganisasian pembangunan masyarakat (PPM) dalam bentuk pelatihan keterampilan dalam rangka meningkatkan pendapatan masyarakat (keluarga) seperti (keterampilan beternak, berdagang, menukang dan kegiatan lain sebagainya). Oleh karena itu, kegiatan masyarakat untuk kesehatan seperti dana sehat, pengobatan gratis, kerja bakti, dan lain sebagainya. Kegiatan ini sering disebut Gerakan Masyarakat Untuk Kesehatan (Mubarak, 2009:81).

Pemberdayaan masyarakat adalah proses pembangunan di mana masyarakat berinisiatif untuk memulai proses kegiatan sosial untuk memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri. Pemberdayaan masyarakat hanya bisa terjadi apabila warganya ikut berpartisipasi. Secara

lugas dapat diartikan sebagai suatu proses yang membangun manusia atau masyarakat melalui pengembangan kemampuan masyarakat, perubahan perilaku masyarakat, dan pengorganisasian masyarakat.

Dari definisi tersebut terlihat ada 3 tujuan utama dalam pemberdayaan masyarakat yaitu mengembangkan kemampuan masyarakat, mengubah perilaku masyarakat, dan mengorganisir diri masyarakat. Kemampuan masyarakat yang dapat dikembangkan tentunya banyak sekali seperti kemampuan untuk berusaha, kemampuan untuk mencari informasi, kemampuan untuk mengelola kegiatan, kemampuan dalam pertanian dan masih banyak lagi sesuai dengan kebutuhan atau permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat. Perilaku masyarakat yang perlu diubah tentunya perilaku yang merugikan masyarakat atau yang menghambat peningkatan kesejahteraan masyarakat. Contoh yang kita temui dimasyarakat seperti, anak tidak boleh sekolah, ibu hamil tidak boleh makan telor, yang membicarakan rencana pembangunan desa, hanya kaum laki-laki saja, dan masih banyak lagi yang dapat kita temui dimasyarakat.

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan lebih kepada untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Partisipasi masyarakat adalah kegiatan pelibatan masyarakat dalam suatu program.

Diharapkan dengan tingginya partisipasi dari masyarakat maka suatu program kesehatan dapat lebih tepat sasaran dan memiliki daya ungkit yang lebih besar bagi perubahan perilaku karena dapat menimbulkan suatu nilai di dalam masyarakat bahwa kegiatan-kegiatan kesehatan tersebut itu dari kita dan untuk kita. Ada empat prinsip kegiatan kesehatan masyarakat : sentralitas keputusan berada ditangan masyarakat, peran provider hanya sebagai fasilitator, kegiatan utama ditujukan untuk mengatasi kerugian, tekanan dan diskriminasi yang dihadapi masyarakat. Kegiatan tidak terbatas pada aspek kesehatan tetapi berkenaan dengan suatu keadaan sehat (Notoatmodjo, 2010:18).

Konsep pemberdayaan menurut WHO (1998) dikemukakan sejak dicanangkannya Strategi Global WHO tahun 1984 yang ditindaklanjuti dengan rencana aksi dalam Piagam Ottawa tahun 1986. Dalam deklarasi tersebut dinyatakan tentang perlunya mendorong terciptanya :

a. Kebijakan berwawasan kesehatan

b. Lingkungan yang mendukung

c. Reorientasi dalam pelayanan kesehatan

d. ketrampilan individu

e. Gerakan masyarakat.

Tujuan pemberdayaan menurut Ngatimin (2010:59) adalah membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan ia lakukan yang terkait dengan diri mereka. Paling tidak ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat, yaitu :

a. Kesadaran, kejelasan serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan
b. Pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak tentang hal-hal apa, dimana, dan siapa yang akan diberdayakan
c. Adanya kemauan dan ketrampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan.

Pemberdayaan kesehatan (*health empowerment*), sadar kesehatan (*health literacy*) dan promosi kesehatan (*health promotion*) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Gerakan masyarakat di tingkat keluarga/Rt, strategi ini ditujukan kepada anggota keluar seperti bapak, ibu yang mempunyai tanggung jawab sosial untuk lingkungannya dengan cara menjadi kader posyandu. Tujuannya agar kelompok sasaran meningkat pengetahuannya kesadaran maupun kemampuannya, sehingga dapat berperilaku sehat caranya dengan penyuluhan perorangan. kelompok, membuat gerak PHBS. Ditingkat petugas strategi ini ditujuk kepada sasaran primer.

meliputi pimpinan puskesmas. kepala dinas kesehatan, pemuka masyarakat. Tujuannya meningkatkan motivasi petugas untuk membantu masyarakat untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan caranva antara lain melalui penyuluhan kelompok, lokakarya, seminar, studi banding, pelatihan (Notoatmodjo, 2005:162).

Pemberdayaan masyarakat lebih pada kegiatan penggerakan Perubahan dari tahu ke mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi. Di sini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan; misalnya tentang seorng tokoh agama yang dia sendiri dan keluarganya tak pernah terserang diare karena perilaku yang dipraktikkannya (Depkes RI, 2006).

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai Lembaga lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang kesehatan atau peduli terhadap kesehatan. LSM ini harus digalang kerjasamanya, baik di antara mereka maupun antara mereka dengan pemerintah, agar upaya

pemberdayaan masyarakat dapat berdayaguna dan berhasilguna (Puspromkes Depkes, 2006).

4. Faktor–faktor yang Mempegaharui Upaya Promosi Kesehatan

Teori klasik H.L. Bloom menyatakan bahwa ada 4 faktor yang mempengaharui derajat kesehatan masyarakat dalam pelaksanaan upaya promosi kesehatan secara berturut turut, yaitu: 1) gaya hidup *(life style)*; 2) lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya); 3) pelyanan kesehatan; dan 4) factor genetik (keturunan). Keempat determinan tersebut saling berinteraksi dan mempengaharui derajat kesehatan seseorang.

Faktor-faktor yang memiliki potensi untuk mempengaruhi determinan perilaku dan lingkungan dikelompokkan menurut impactnya. Tiga kelompok utama dari tipe impact tersebut adalah: faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.

a. Faktor predisposisi *(Predisposing Factors)*

Faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Merupakan *anteseden* dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. Mereka sebagian besar berada dalam domain psikologi. Secara umum, dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat

terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, beberapa karakteristik individu, misalnya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

1. Persepsi

Menurut Schiffman (1994) persepsi adalah sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang (individu) untuk menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan stimuli menjadi sesuatu yang berarti dan gambaran yang logis. Persepsi adalah identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (Stuard, 2006:35)

Berdasarkan pengertian persepsi tersebut maka pengertian persepsi secara umum adalah proses menerima, mengatur dan menginterpretasikan stimulus menjadi suatu gambaran yang logis dan menjadi sesuatu yang berarti.

Menurut Ma'art (1992:97), persepsi merupakan hasil proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognitif yang dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, pengetahuan, pendidikan dan sosial budaya.

Menurut Joseph (1997), persepsi adalah proses yang mana kita menjadi sadar akan banyaknya stimulus yang mempengaruhi indra seseorang. Faktor yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah pengetahuan, afektif,

kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya

2. Faktor Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung saat lahir sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Wawan dan Dewi, 2011:28). Menurut Trisnantoro (2004:54), faktor umur sangat mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan kesehatan preventif dan kuratif. Fenomena ini terlihat pada pola demigrafi di negara-negara maju yang berubah menjadi tua.

3. Faktor Pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2003:142), menyatakan bahwa permintaan konsumen dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pendidikan dan perilaku masyarakat. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, dapat mengakibatkan penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini dan sekolah merupakan sarana yang baik bagi pendidikan kesehatan serta merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Oleh karena itu

lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik atau lingkungan sosial yang sehat, akan sangat mempengaruhi terhadap perilaku sehat seseorang. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak juga pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

4. Faktor Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010:210), menyatakan bahwa pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seorang terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan. Pengetahuan yang di miliki oleh individu merupakan salah satu faktor yang menentukan untuk mencari dan meminta upaya pelayanan kesehatan. Dinyatakan pula bahwa semakin tinggi pengetahuan individu tentang akibat yang ditimbulkan oleh suatu penyakit, maka makin tinggi mupaya pencegahan yang dilakukan. Pengetahuan pemilik anjing merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilakunya. Pengetahuan sangat erat hubungannnya dengan pendidikan, dimana dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut makin luas pula pengetahuannya (Wawan dan Dewi, 2011:43).

5. Faktor Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan akan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, menyita waktu, berulang dan banyak tantangan.

6. Faktor Pendapatan

Biasanya sering dilakukan untuk menilai hubungan antara tingkat pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun upaya pencegahan. Seseorang mungkin tidak menjaga kualitas kesehatannya karena keterbatasan biaya. Pola hubungan yang biasa terjadi, semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin tinggi pula upaya pencegahan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

b. Faktor pemungkin *(Enabling Factors)*

Faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau menungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut, adalah :

1. Ketersediaan pelayanan kesehatan
2. Aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya dan sosial.
3. Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut.

Faktor pemungkin, seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi. Juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan itu, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor pemungkin juga meliputi ketrampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan. Faktor pemungkin menjadi target antara dari intervensi program pada masyarakat atau organisasi. Terdiri dari sumber daya dan ketrampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Ketrampilan dalam pengaruhnya terhadap masyarakat, seperti melalui perubahan organisasi dan kegiatan sosial, dapat memungkinkan tindakan untuk secara langsung mempengaruhi lingkungan fisik atau lingkungan pelayanan kesehatan.

c. Faktor penguat *(Reinforcing Factors)*

Faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku

dan berperan pada terjadinya pengulangan. Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan. Faktor ini juga meliputi konsekuensi fisik dari perilaku, yang mungkin terpisah dari konteks sosial. Sebagai contoh adalah perasaan nyaman (atau sakit) yang disebabkan oleh latihan fisik. Keuntungan sosial (contoh : pengakuan dari orang lain), keuntungan fisik (contoh: kenyamanan), penghargaan yang dapat diukur (contoh: keuntungan ekonomi, bebas biaya), dan penghargaan imajinatif (contoh : penghormatan dari orang lain, hubungan dengan orang terhormat yang mempunyai perilaku yang sama) semuanya memperkuat perilaku. Faktor penguat juga meliputi konsekuensi yang berlawanan atau hukuman, yang dapat membawa pada perilaku yang positif. Beberapa faktor penguat yang memberikan penguatan sosial dapat menjadi faktor pemungkin jika berubah menjadi dukungan sosial, seperti bantuan keuangan atau bantuan transport.

5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat atau PHBS adalah upaya memberikanpengalaman belajar bagi perorangan, keluarga,

kelompok dan masyarakat, denganmembuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, guna meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan advokasi, bina suasana (*Social Support*) dan gerakan masyarakat (*Empowerment*) sehingga dapat menerapkan cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Menurut Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI (2006), PHBS di rumah tangga adalah upaya memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Adapun tujuan PHBS di rumah tangga adalah sebagai berikut: (1). Untuk meningkatkan dukungan dan peran aktif petugas kesehatan, petugas lintas sektor, media massa, organisasi masyarakat, LSM, tokoh masyarakat, tim penggerak PKK dan dunia usaha dalam pembinaan PHBS di rumah tangga (2). Meningkatkan kemampuan keluarga untuk melaksanakan PHBS dan berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yangdipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya. Kondisi sehat dapat

dicapai dengan mengubah perilaku dari yang tidak sehatmenjadi perilaku sehat dan menciptakan lingkungan sehat di rumah tangga oleh karena itu kesehatan perlu dijaga, dipelihara, dan ditingkatkan oleh setiap anggota rumah tangga serta diperjuangkan oleh semua pihak. Rumah tangga sehat berarti mampu menjaga, meningkatkan, dan melindungi kesehatan setiap anggota rumah tangga dari gangguan ancaman penyakit dan lingkungan yang kurang kondusif untuk hidup sehat (Depkes, 2007).

Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau dan mampu mempraktikkan PHBS untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu tatanan rumah tangga sehat dapat diwujudkan dengan perilaku sehat dan lingkungan sehat. PHBS di Rumah Tangga dilakukan untuk mencapai Rumah Tangga Sehat.

Indikator adalah suatu petunjuk yang membatasi fokus perhatian suatu penilaian. Adapun indikator PHBS tatanan rumah tangga, adalah:

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, yaitu pertolongan pertama pada persalinan balita termuda dalam

rumah tangga dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan dan paramedis lainnya).

2. Bayi diberi ASI ekslusif, adalah bayi termuda usia 0-6 bulan mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan;
3. Mempunyai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, adalah anggota-anggota rumah tangga mempunyai pembiayaan praupaya kesehatan seperti askes, kartu sehat, dana sehat, Jamsostek dan lain sebagainya;
4. Ketersediaan air bersih, adalah rumah tangga yang memiliki akses terhadap air bersih dan menggunakannya untuk kebutuhan sehari-hari yang berasal dari air dalam kemasan, air leding, air sumur terlindung dan penampungan air hujan. Sumber air pompa, sumur dan mata air terlindung berjarak minimal 10 meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah.
5. Ketersediaan jamban sehat, adalah rumah tangga yang memiliki atau menggunakan jamban leher angsa dengan tangki septik atau lubang penampungan kotoran sebagai pembuangan akhir;
6. melakukan cuci tangan pakai sabun dengan air yang mengalir;
7. memberantas jentik nyamuk atau melakukan pemberantasan sarang nyamuk.
8. Tidak merokok di dalam rumah, adalah penduduk / anggota keluarga umur 10 tahun keatas tidak merokok di dalam rumah

selama ketika berada bersama anggota keluarga lainnya selama 1 bulan terakhir.

9. Melakukan aktifitas fisik setiap hari, adalah penduduk/ anggota keluarga umur 10 tahun keatas dalam 1 minggu terakhir melakukan aktifitas fisik (sedang maupun berat) minimal 30 menit setiap hari.
10. Makan buah dan sayur setiap hari, adalah anggota rumah tangga umur 10 tahun keatas yang mengkonsumsi minimal 3 porsi buah dan 2 porsi sayuran atau sebaliknya setiap hari dalam 1 minggu terakhir (Depkes RI, 2006).

Dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan PHBS tatanan rumah tangga, dibuat suatu klasifikasi tingkat pencapaian berdasarkan 10 indikator. Jawaban ya / dilaksanakannya indikator tersebut menentukan tingkat pencapaian sehat. Jawaban ya/ dilaksanakan tidak harus berturut-turut sesuai penomoran. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 1. sebagai berikut:

Tabel 1
Klasifikasi PHBS Tatanan Rumah Tangga
Menurut Tingkat Keluarga

Klasifikasi PHBS	Indikator	Tingkat PHBS	% Sehat
Klasifikasi 1	1 - 3 dari 10 var. PHBS	Sehat 1	0 - 25 %
Klasifikasi 2	4 - 6 dari 10 var.PHBS	Sehat 2	26 - 50 %
Klasifikasi 3	7 - 9 dari 10 var. PHBS	Sehat 3	51 - 75 %
Klasifikasi 4	Sehat + Dana Sehat	Sehat 4	76 -100%

Sumber : Depkes RI, 2002

Target yang ingin dicapai dari program PHBS pada substansi dasarnya adalah klasifikasi/tingkat IV, sehingga penggolongan

klasifikasi/tingkat kepada I, II, III dapat saja digabungkan menjadi satu tingkat tersendiri tanpa harus mengurangi makna target yang dicapai. Namun dari aspek pemantauan pelaksanaan program dan hasil pelaksanaan maka dilakukan stratifikasi untuk melihat hasil yang telah dicapai. Juga dapat terjadi keluarga yang berada di klasifikasi/ tingkat I langsung mencapai klasifikasi / tingkat IV tanpa melalui tahapan klasifikasi/ tingkat II, dan III.

Manfaat PHBS bagi rumah tangga adalah rumah tangga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit, anak tumbuh sehat dan cerdas, produktivitas kerja anggota keluarga meningkat dengan meningkatnya kesehatan anggota rumah tangga sehingga biaya yang tadinya dialokasikan untuk kesehatan dapat diahlikan untuk biaya investasi, seperti biaya pendidikan, dan pemenuhan gizi keluarga (Atikah, 2012:62)

Manfaat PHBS bagi masyarakat adalah masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat, masyarakat mampu mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan, masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, serta masyarakat mampu mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM), seperti posyandu, jaminan pemeliharaan kesehatan, tabungan bersalin, (tabulin), kelompok pemakai air dan ambulans desa (Atikah, 2012:71).

PHBS yang harus dipraktikan dan diterapkan oleh masyarakat di kelurahan dan desa meliputi :

1. Melaporkan segera kepada kader / petugas kesehatan, jika mengetahui dirinya, keluarganya, temannya atau tetangganya ada yang menderita penyakit meular.
2. Pergi berobat atau membawa orang lain berobat ke Poskesdes/Posyandu, Puskesmas bila terserang penyakit.
3. Memeriksakan kehamilan secara teratur kepada petugas kesehatan.
4. Mengampanyekan mengonsumsi tablet tambah darah semasa hamil dan nifas bagi ibu.
5. Makan makanan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang (terutama bagi perempuan termauk pada saat hamil dan menyusui)
6. Mengkonsumsi sayuur dan buah setiap hari)
7. Menggunakan garam beryodium setiap kali memasak.
8. Menyerahkan pertolongan persalinan kepada tenaga kesehatan.
9. Mengkonsumsi kapsul vitamin A bagi ibu nifas.
10. Memberikan ASI Eksklusif kepaya bayinya (0-6 bulan).
11. Memberikan makanan pendamping ASI setelah 6 bulan.
12. Menimbang berat badan bayi dan balita secara teratur serta menggunakan kartu menuju sehat (KMS) atau buku KIA untuk memantau pertumbuhannya setiap bulan.
13. Menjadi peserta aktif keluarga berencana.
14. Menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari.

15. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, terutama pada ssat hendak makan dan tidur. Menggunakan jamban sehat keluarga.
16. Memberantas jentik-jentik nyamuk.
17. Mencegah terjadinya pencemaran lingkungan, baik dirumah, kelurahan/desa, maupun dilingkungan pemukiman. Melakukan aktivits fisik setiap hari
18. Tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan menyalahgunakan
19. NAPZA serta bahan berbahya lainnya (Depkes, 2007).

Bagi perempuan termasuk pada saat hamil dan menyusui) Mengubah perilaku seseorang agar dapat mengikuti keinginan yang disampaikan tidaklah mudah. Batasan Perilaku menurut Notoatmodjo (2003:102) dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas *organisme* yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hekekatnya adalah aktivitas dari manusia itu sendiri. Untuk kepentingan analisis perilaku perlu diketahui apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

Menurut Notoatmodjo (2003:112), perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsang

yang masih bersifat terselubung, dan disebut *covert behavior*. Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus (*practice*) adalah merupakan *overt behavior*.

Menurut Notoatmodjo (2003:69) perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehaan, makanan, dan minuman serta lingkungan. Berdasarkan batasan ini, Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan, yaitu:

a. Perilaku pemeliharaaan kesehatan *(health maintenance)*, yaitu perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit.
b. Perilaku pencarian pengobatan *(health seeking behaviour)*, yaitu upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita sakit atau kecelakaan. Perilaku ini mulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan tradisional maupun modern
c. Perilaku kesehatan lingkungan, yaitu bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatan individu, keluarga maupun masyarakat
d. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapafaktor yang berasal dari dalam diri

individu (internal) berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat dan emosi untuk memproses pengaruh-pengaruh dari luar. Faktor yang berasal dari luar (eksternal) meliputi objek, orang kelompok, dan hasil-hasil kebudayaaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

Perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respons ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan : berfikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Sesuai dengan batasan ini, perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan. Perilaku aktif dapat dilihat *(overt)* sedangkan perilaku pasif tidaklah tampak, seperti misalnya pengetahuan, persepsi atau motivasi. Beberapa ahli membedakan bentuk-bentuk perilaku kedalam tiga domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan atau sering kita dengar dengan istilah *knowledge, attitude, practice* (Sarwono, 2004:75).

Menurut Green dalam Mubarak et.al, (2007:85), kesehatan seseorang dipengaharui oleh faktor perilaku dan non perilaku. Faktor perilaku menyebutkan bahwa perilaku dipengaharui oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan adat atau tradisi. Sedangkan faktor non perilaku berupa ketersedian fasilitas, sikap

dan perilaku para petugas kesehatan yang mendukung terbentuknya perilaku (Mubarak et.al, 2007:94)

Notoatmodjo (2003;92), yang mengutip pendapat Achmadi, menjelaskan jenis sikap, yaitu: (a) Sikap positif, yang menunjukkan atau memperlihatkan menerima, menyetujui terhadap norma – norma yang berlaku dimana individu itu beda; (b) Sikap negatif, menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku dimana individu itu berbeda. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya /dinilai baik.

Menurut Green (1980:103), dalam mencapai kualitas hidup yang baik *(quality of life)* dapat dicapai melalui peningkatan derajat kesehatan, faktor perilaku dan gaya hidup *(behaviour and lifestyle)* serta lingkungan atau environmen. Faktor paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan adalah faktor perilaku dan gaya hidup serta lingkungan, misalnya seorang menderita diare karena minum airyang tidak di masak (masalah perilaku) atau seorang yang tidak merokok terkena kanker paru akibat berada lingkungan orang yang merokok (masalah lingkungan). Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme

terhadap lingkungan nya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan untuk mengikuti trend atau hanya meniru tokoh idolanya.

Anggota masyarakat yang memiliki potensi besar untuk mengubah sistem nilai dan norma adalah mereka yang disebut dengan pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat ini terdiri atas dua kategori, yaitu tokoh masyarakat yang formal dan tokoh masyarakat yang informal. Tokoh masyarakat formal adalah orang yang memiliki posisi menentukan dalam sistem pemerintahan (disebut juga penentu kebijakan), seperti gubernur, bupati/walikota, anggota dewan perwakilan rakyat, dan lain-lain. Adapun tokoh masyarakat informal ada berbagai jenis, misalnya tokoh atau pemuka adat, tokoh atau pemuka agama, tokoh politik, tokoh pertanian, dan lain-lain. Pemuka atau tokoh adalah seseorang yang memiliki kelebihan di antara kelompoknya. Ia akan menjadi panutan bagi kelompoknya atau bagi masyarakat karena ia merupakan figur yang menonjol. Di samping itu, ia dapat mengubah sistem nilai dan norma masyarakat secara bertahap, dengan terlebih dulu mengubah sistem nilai dan norma yang berlaku dalam kelompoknya (Depkes RI, 2006).

Kemampuan penting yang harus dikuasai dalam upaya mengatasi persoalan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat,

adalah: ketrampilan untuk mengatur suatu masyarakat dan ketrampilan untuk merencanakan sebuah program promosi kesehatan (McKenzie, 2007:67).

Sejak era reformasi, paradigma sehat digunakan sebagai paradigma pembangunan kesehatan. Dengan paradigma ini berarti pembangunan kesehatan harus lebih mengutamakan upaya-upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikanupaya kuratif dan rehabilitatif. Dengan demikian program promosi kesehatan mendapat tempat yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan.

B. Landasan Teori

Berdasarkan hasil studi kepustakaan dapat dirumuskan bahwa perilaku sehat adalah atribut personal seperti kepercayaan, harapan, motif, nilai, persepsi dan unsur kognitif lainnya, dan dalam bentuk yang perrilaku yang tampak *(overt)* adalah tindakan dan kebiasaan yang berhubungan dengan mempertahankan, memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Para ahli menekankan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan, dan kesehatan dipengaruhi oleh perilaku. Perilaku dipengaruhi oleh *predisposing factors, reinforcing factors* dan *enabling factors*. Ketiga factor ini dipengaruhi oleh promosi kesehatan.

Berdasarkan paparan di atas, maka Strategis promosi kesehatan dapat diukur dari aspek Advokasi, Bina Suasana, dan

Pemberdayaan masyarakat yang diasumsikan mempunyai hubungan kualitas terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Makna Perilaku Hidup bersih dan sehat terukur dari 10 indikator, yaitu: pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi diberi ASI ekslusif, jaminan pemeliharaan kesehatan, ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni, lantai rumah bukan tanah, tidak merokok di dalam rumah, melakukan aktifitas fisik setiap hari, dan makan buah dan sayur setiap hari. Selanjutnya, dari kesepuluh indikator tersebut disusun atas tingkatan : sehat I, sehat II, sehat III, dan Sehat IV.

C. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan hasil studi kepustakaan dan landasan teoritis, dapat dirumuskan kerangka konsep penelitian (Gambar 1) sebagai berikut:

Gambar 1

Kerangka Konsep Penelitian

