

**EVALUASI PROMOSI KESEHATAN PADA KOMUNITAS**

**PEKERJA SEKS KOMERSIAL**

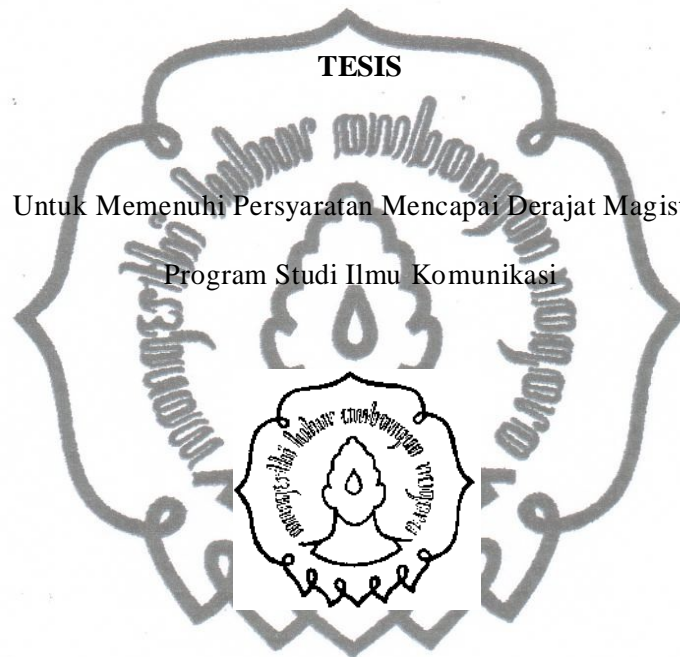
**(Studi Evaluasi Promosi Kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas**

**Baturraden II Kabupaten Banyumas)**

**TESIS**

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister

Program Studi Ilmu Komunikasi



Oleh :

**PRITA SUCI NURCANDRANI**

**NIM : S231008014**

**PROGRAM PASCA SARJANA**

**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI**

**UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

**SURAKARTA**

**2013**

*commit to user*



**EVALUASI PROMOSI KESEHATAN PADA KOMUNITAS****PEKERJA SEKS KOMERSIAL****(Studi Evaluasi Promosi Kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual****Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas)****TESIS****Oleh:****PRITA SUCI NURCANDRANI****S231008014****Telah disetujui oleh Tim Penguji:**

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua	<u>Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D.</u> NIP. 194904281979031001	.....	.....
Sekretaris	<u>Prof. Drs. Pawito, Ph.D.</u> NIP. 195408051985031002	.....	.....
Anggota	<u>Sri Hastjarjo, S.Sos., Ph.D.</u> NIP. 197102171998021001	.....	.....
Anggota	<u>Drs. Haryanto, M. Lib</u> NIP.196006131986011001	.....	.....

Mengetahui,

Direktur Program Pascasarjana UNS	Prof. Dr. Ir. Ahmad Yunus, MS NIP. 196107171986011 001	.....
--------------------------------------	---	-------

Ketua Program Studi Magister Ilmu Komunikasi	Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D NIP. 194904281979031001	.....
---	---	-------

*commit to user*

**PERNYATAAN ORISINILITAS**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Prita Suci Nurchandrani

NIM : S231008014

Program Studi : Ilmu Komunikasi

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang berjudul EVALUASI PROMOSI KESEHATAN PADA KOMUNITAS PEKERJA SEKS KOMERSIAL (Studi Evaluasi Promosi Kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas) adalah benar-benar karya saya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi.

Sepanjang pengetahuan saya, dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik, berupa pencabutan gelar yang saya peroleh dari tesis ini.

Surakarta, Januari 2013  
Yang membuat pernyataan,

Prita Suci Nurchandrani

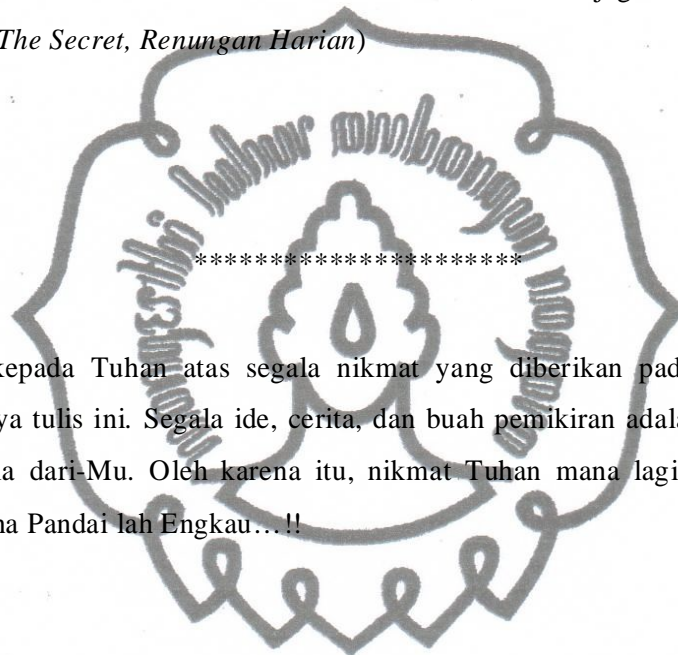
## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Jangan melihat keburukan, jangan mendengar keburukan, jangan bicara keburukan.

Itu berarti tidak melihat, tidak mendengar serta tidak bicara negativitas.

Itulah yang disebut kebijakan! (*The Secret, Renungan Harian*)

Kapan pun kita meminta sesuatu untuk diri sendiri, cobalah juga untuk memintanya untuk dunia. (*The Secret, Renungan Harian*)



Puji syukur kepada Tuhan atas segala nikmat yang diberikan pada saya sehingga selesailah karya tulis ini. Segala ide, cerita, dan buah pemikiran adalah semata karena nikmat karunia dari-Mu. Oleh karena itu, nikmat Tuhan mana lagi yang akan saya dustakan..Maha Pandai lah Engkau...!!

Drs. Tulus Nugrahadi, PG Dip. Lib., MA dan Setyaningsih Widaninggar, S.Sos. yang tiada lain adalah orang tua saya. Ananda sangat berterima kasih atas segala curahan cinta, kasih sayang, serta kesabaran yang tidak terhingga. Semoga ananda dapat lebih membahagiakan kalian yang selalu bermimpi, berdoa dan berpengharapan besar pada kesuksesan masa depan ananda..aamiin..

dr. J.A. Pamungkas dan *Jaminan Surgaku* Calista Prima Nathania, kalian adalah salah satu bagian terindah dalam hidupku. Terima kasih atas segala cinta, perhatian, pengertian dan kehangatan yang kalian berikan padaku...janjiku akan segera kubayar lunas...

*commit to user*

## KATA PENGANTAR

Sujud syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan YME atas cinta dan ijin-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “EVALUASI PROMOSI KESEHATAN PADA KOMUNITAS PEKERJA SEKS KOMERSIAL (Studi Evaluasi Promosi Kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas). Tesis ini dibuat sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Magister Ilmu Komunikasi pada Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulis telah berusaha maksimal supaya tesis ini dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi seluruh pihak yang berkepentingan. Sejak melakukan survey pendahuluan, pengambilan data hingga analisis dan penyusunan laporan, penulis telah banyak mendapat bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Oleh karenanya dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D selaku Ketua Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Sebelas Maret.
2. Sri Hastjarjo, S.Sos., Ph.D, selaku dosen pembimbing pertama yang telah banyak memberikan arahan, bimbingan, koreksi serta ide demi kesempurnaan tesis ini.
3. Drs. Haryanto, M.Lib, selaku dosen pembimbing kedua yang telah memberikan perhatian, arahan dan koreksinya kepada penulis hingga tesis ini dapat selesai dengan baik.

4. Seluruh staf dan dosen pada Program Pascasarjana Ilmu Komunikasi UNS atas segala layanan ilmu yang tidak terhingga kepada penulis selama ini.
5. Seluruh informan komunitas Gang Sadar yang dengan rela menyediakan waktu dan memberikan informasi yang bermanfaat bagi terlaksananya penelitian ini.
6. Seluruh informan Klinik IMS Baturraden yang telah meluangkan waktu untuk memberikan informasi selengkap-lengkapny demi lancarnya penelitian ini.
7. Teman-temanku yang selalu memberikan percikan semangat dan bantuan yang sangat penulis butuhkan untuk menyelesaikan tulisan ini.
8. Semua pihak yang telah memberikan bantuannya, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Meskipun telah diupayakan secara maksimal, tetapi penulis sangat menyadari bahwa tesis ini masih perlu ada penyempurnaan. Oleh karenanya, penulis mengharapkan saran yang konstruktif demi kemanfaatan tesis ini. Akhirnya, penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan banyak manfaat bagi banyak pihak, terutama bagi penulis sendiri.

Surakarta, Januari 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR .....	xi
ABBREVIATION/ DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
ABSTRAC .....	xiv
ABSTRAK .....	xv
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Pembatasan Masalah .....	9
D. Tujuan Penelitian .....	10
E. Manfaat Penelitian .....	10
 <b>BAB II TELAAH PUSTAKA</b>	
A. Deskripsi Teoritik .....	12
1. Promosi Kesehatan .....	12
2. Komunikasi Kelompok .....	27
3. <i>Theory of Reasoned Action</i> .....	37
4. Komunikasi Terapeutik .....	40
5. Komunikasi Stigma .....	46

*commit to user*



6. Precede-Proceed Model .....	49
B. Penelitian Yang Relevan .....	53
C. Kerangka Berpikir .....	58
D. Matrikulasi Parameter Keberhasilan Promosi Kesehatan .....	59
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Tempat dan Jenis Penelitian .....	60
B. Jenis Penelitian .....	61
C. Sumber Data .....	62
D. Teknik Pengumpulan Data .....	62
E. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data .....	65
F. Teknik Analisis Data .....	66
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	69
1. Profil Puskesmas Baturraden II .....	69
2. Profil Klinik IMS Baturraden II .....	79
3. Profil Gang Sadar Baturraden .....	81
B. Implementasi Strategi Promosi Kesehatan Klinik IMS Baturraden	84
B.1. Program Penyuluhan .....	86
B.2. Program Konseling .....	105
B.3. Pemanfaatan Media Promosi Kesehatan .....	123
B.4. Program Peer Education/Pendidik Sebaya .....	135
C. Matrikulasi Evaluasi Promosi Kesehatan pada Pekerja Seks Komersial .....	141
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	147
B. Implikasi .....	149

C. Saran .....	151
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>154</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>158</b>



## DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

### A. Daftar Gambar

Gambar 2.1. Kerucut Edgar Dale .....	26
Gambar 2.2. The Precede-Proceed Model for Health Promotion Planning and Evaluation .....	51
Gambar 2.3. Kerangka Berpikir .....	58
Gambar 4.1. Puskesmas Baturraden II .....	70
Gambar 4.2. Klinik IMS yang Diapit Puskesmas Baturraden II dan Ruang Jampersal .....	81
Gambar 4.3. Pintu Masuk Lokalisasi Gang Sadar .....	83
Gambar 4.4. Suasana Penyuluhan di Aula Gang Sadar Baturraden .....	87
Gambar 4.5. Suasana Wawancara Peneliti dengan PSK Lola dan Bunga .....	89
Gambar 4.6. Peneliti dengan Informan Darkim .....	98
Gambar 4.7. Wawancara Informal dengan Informan Joko dan Informan Darkim .....	99
Gambar 4.8. Informan Lela sedang Memberikan Konseling .....	106
Gambar 4.9. Informan Lela Memperagakan Penggunaan Kondom Wanita .....	108
Gambar 4.10. Gambar Alat Bantu Tiruan Organ Genital .....	122
Gambar 4.11. Contoh Leaflet Mengenai IMS .....	124
Gambar 4.12. Poster yang Terpasang di Ruang Tunggu Klinik IMS .....	125
Gambar 4.13. <i>Flip Chart</i> yang Digunakan untuk Konseling .....	126
Gambar 4.14. Pemutaran Film yang Bertemakan HIV/AIDS.....	127
Gambar 4.15. Leaflet yang Dibagikan pada PSK .....	132
Gambar 4.16. Leaflet yang Berslogan ABC .....	133

Gambar 4.17. Informan Joko sedang Menyuluh PE ..... 135

Gambar 4.18. Suasana Kegiatan PE di RM Pringsewu Baturraden ..... 136

**B. DAFTAR TABEL**

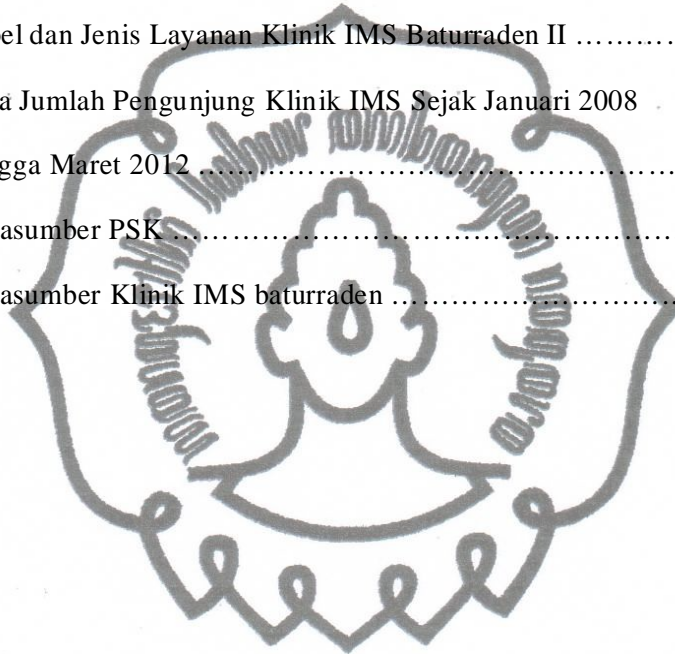
Tabel 1.1. Lima Besar Kabupaten dengan Jumlah Penderita HIV/AIDS  
 Tertinggi di Propinsi Jawa Tengah ..... 4

Tabel 1.2. Tabel dan Jenis Layanan Klinik IMS Baturraden II ..... 5

Tabel 1.3. Data Jumlah Pengunjung Klinik IMS Sejak Januari 2008  
 Hingga Maret 2012 ..... 5

Tabel 3.1. Narasumber PSK ..... 64

Tabel 3.2. Narasumber Klinik IMS baturraden ..... 65



**ABBREVIATION/ DAFTAR SINGKATAN**

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
GFATM	: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis dan Malaria
GS	: Gang Sadar
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
LCD	: Liquid Crystal Display
LPPSLH	: Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya dan Lingkungan Hidup
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
Pagertepi	: Paguyuban RT ( <i>baca: erte</i> ) Pitu
PE	: Peer Educator
PSK	: <i>Pekerja Seks Komersial</i>
TB	: Tuberculosis
UNFPA	: The United Nations Population Fund

## ABSTRACT

PRITA SUCI NURCANDRANI – S231008014 – 2012 – The Evaluation of Health Promotion on Commercial Sex Workers Community (an evaluation study of health promotion at the Clinic of Sexually Transmitted Disease in Community Health Centre Baturraden II, in Banyumas Regency). The Counselor Commission I: Sri Hastjarjo, S.Sos., Ph. D.; Counselor II: Drs. Haryanto, M.Lib. Thesis: Masters in Communication Program, Postgraduate Program of Sebelas Maret University of Surakarta.

The aim of this study was to uncover how the planning, implementation, and results achieved in health promotion program to the commercial sex workers community in Gang Sadar Localization. This was also to evaluate the supporting and hampering factors of the promotion program successfulness. The study was mainly carried out in the Clinic of Sexually Transmitted Disease (STD), in the Society Health Centre Baturraden II, in Banyumas Regency.

The research methodology applied was evaluation by using model of PRECEDE-PROCEED, and was conducted by qualitative approach. Since the model was known as the most appropriate one for health promotion planning and evaluation and more practical oriented, expectedly this would be able to solve the problems of health promotion programs faced by the Clinic. In the meantime, the informants were all officers of the Clinic and the commercial sex workers informed by the promotion program. Data were obtained through disguised and open observations, documentation, and in-depth interview with the selected informants.

The result showed that there were four kinds of promotion applied by the Clinic: illumination, counseling, communication media, and peer education (PE). It was found that counseling was the most successful kind of promotion rather than the other ones. This was because counseling involved interpersonal communication, so that the officers certainly knew that every commercial sex worker patient entering the stage of behavioral change differently. Therapeutic communication had also been applying, so that it could create an appropriate atmosphere for the commercial sex worker patients to convey health problems they suffered and for the officers to give them help.

The results of the study could be used to improve the imperfect promotion activities such as illumination and the use of communication media, and could also be used as reference in planning of new programs in the following period.

**Key Words:** Health Promotion; Commercial Sex Workers; Illumination; Communication Media; Counseling.

## ABSTRAK

PRITA SUCI NURCANDRANI – S231008014 – 2012 – Evaluasi Promosi Kesehatan pada Komunitas Pekerja Seks Komersial (studi evaluasi promosi kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas). Komisis Pembimbing I: Sri Hastjarjo, S.Sos., Ph. D.; Pembimbing II: Drs. Haryanto, M.Lib. Tesis: Program Studi Ilmu Komunikasi, Program Pascasarjana. Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengungkap bagaimana perencanaan, penerapan, dan hasil yang diperoleh dalam program promosi kesehatan terhadap pekerja seks komersial (PSK) di Lokalisasi Gang Sadar. Penelitian ini juga bermaksud mengevaluasi faktor pendukung serta penghambat keberhasilan promosi tersebut. Pelaksanaannya sebagian besar dilakukan di Klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) di Puskesmas Baturraden II, di Kabupaten Banyumas.

Metodologi penelitian yang diterapkan adalah metode evaluasi dengan menggunakan model PRECEDE-PROCEED dan dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Karena model tersebut dikenal sebagai model yang paling tepat untuk perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan serta lebih berorientasi praktis, maka diharapkan model tersebut dapat memecahkan masalah program promosi kesehatan yang dihadapi oleh Klinik IMS tersebut. Sementara itu, informan yang diaktifkan adalah semua petugas Klinik IMS serta PSK yang terpapar program promosi kesehatan. Data diperoleh melalui observasi tersamar maupun terang-terangan, studi dokumentasi, dan wawancara mendalam terhadap informan terpilih.

Hasil penelitian menunjukkan ada empat jenis kegiatan promosi yang diterapkan oleh Klinik IMS, yaitu penyuluhan, konseling, media komunikasi, dan *peer education (PE)*. Dari keempat jenis kegiatan tersebut diketahui bahwa konseling adalah yang paling berhasil di antara ketiga jenis promosi lainnya. Hal ini disebabkan konseling melibatkan komunikasi interpersonal sehingga petugas tahu pasti bahwa setiap PSK memasuki perubahan perilaku dengan tahap yang berbeda-beda. Komunikasi terapeutik juga diterapkan sehingga hal tersebut dapat menciptakan suasana yang memungkinkan PSK mengungkapkan keluhan yang diderita dan petugas siap memberikan bantuan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk memperbaiki kegiatan promosi yang kurang sempurna seperti penyuluhan dan penggunaan media komunikasi, serta dapat digunakan sebagai referensi dalam perencanaan program promosi baru pada periode selanjutnya

**Kata Kunci:** Promosi Kesehatan; Pekerja Seks Komersial; Penyuluhan; Media Komunikasi; Konseling.





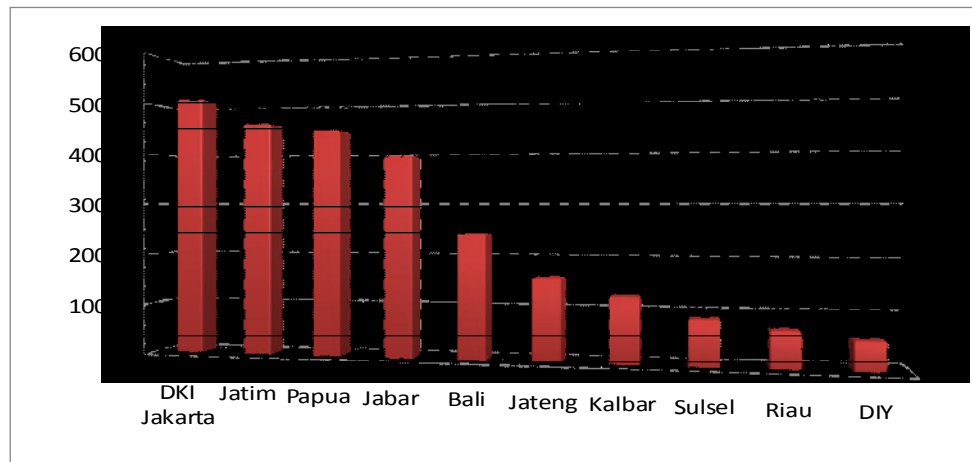
## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pada *Millennium Development Goals* (MDGs) yang merupakan hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), berisi delapan butir tujuan pembangunan utama untuk dicapai pada tahun 2015. Pembangunan bidang kesehatan merupakan salah satu butir tujuan yang menjadi perhatian penting dalam komitmen internasional tersebut. Salah satu tujuan yang terkait langsung dalam bidang ini yaitu menanggulangi HIV/AIDS, TB dan Malaria serta penyakit lainnya. Epidemik HIV/AIDS telah mengancam kesejahteraan serta ketentraman masyarakat dunia. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin penyembuhnya sehingga senantiasa menjadi masalah pembangunan kesehatan yang sangat serius bagi seluruh bangsa dan negara tidak terkecuali Indonesia (<http://www.depkes.go.id/>)

Indonesia saat ini telah lebih dari dua dekade epidemi HIV/AIDS. Walaupun sampai saat ini telah ada upaya penanggulangan nasional yang komprehensif namun hasilnya belum optimal. Kasus HIV/AIDS pada 2011 meningkat drastis secara kumulatif sebanyak tiga kali lipat dibandingkan tahun 2009, yakni 60.000 berbanding 20.000 dan ini tersebar di seluruh propinsi ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Berikut sepuluh propinsi di Indonesia dengan kasus AIDS terbanyak sampai dengan 31 Desember 2011 dan Propinsi Jawa Tengah masuk dalam enam besar tertinggi ([www.aidsjateng.or.id/](http://www.aidsjateng.or.id/)):



Salah satu penanggulangan infeksi HIV/AIDS yaitu dengan cara melakukan deteksi dini, di samping melakukan usaha promotif dan preventif ([www.pppl.depkes.go.id](http://www.pppl.depkes.go.id)). Deteksi ini biasanya dilakukan oleh klinik-klinik mandiri atau di dalam lingkungan puskesmas dengan sebuah layanan yang dikenal dengan layanan Infeksi Menular Seksual (IMS). Penyakit IMS ini disebut juga Penyakit Menular Seksual (PMS) atau istilah lain yang cukup dikenal adalah *Sexually Transmitted Disease* (STD), *Sexually Transmitted Infection* (STI) atau *Venereal Disease* (VD). Infeksi-infeksi yang digolongkan dalam IMS/PMS adalah infeksi yang salah satu cara penularannya melalui hubungan seksual (vaginal, oral, anal) dengan pasangan yang sudah tertular (Isna, 2005).

Penularan IMS pada seseorang sangat berpotensi menyebabkan semakin mudahnya terjangkit HIV/AIDS, karena IMS memiliki permasalahan dengan luka/infeksi di daerah kelamin yang akan mengakibatkan kuman atau virus akan semakin mudah masuk ke dalam tubuh. Dengan kata lain, IMS merupakan pintu gerbang utama masuknya virus HIV/AIDS. Dinilah pentingnya peran klinik IMS

dalam usaha untuk mendeteksi dini penyakit-penyakit kelamin serta mengobatinya sebelum menjadi semakin rawan terjangkit penyakit yang lebih serius.

Program pengendalian IMS dilaksanakan di tingkat kabupaten dan kotamadya melalui klinik-klinik IMS yang dioperasikan oleh pemerintah dan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat). Klinik tersebut dimaksudkan untuk melayani semua pasien IMS, walaupun pada kenyataannya banyak yang memberikan pelayanan hampir secara eksklusif hanya kepada para Pekerja Seks Komersial (PSK), dalam bentuk pemeriksaan IMS bulanan. Klinik IMS memiliki orientasi utama pada para PSK dibanding kelompok masyarakat yang lain karena mereka termasuk kelompok berisiko tinggi tertular penyakit kelamin.

Klinik-klinik IMS ini dibantu oleh GFATM (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) dan telah didirikan di 61 institusi pelayanan kesehatan di 19 titik dari seluruh provinsi di Indonesia. Demikian juga, FHI (Family Health International) yang merupakan salah satu mitra penting dalam program pengendalian IMS nasional, memberikan bantuan kepada LSM dan puskesmas daerah untuk mengoperasikan 24 klinik IMS di tujuh provinsi. Klinik tersebut biasanya melekat pada puskesmas mengingat instansi ini merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat yang merupakan sarana kesehatan yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu, peranan puskesmas hendaknya tidak lagi menjadi sarana pelayanan pengobatan dan rehabilitatif saja, tetapi juga lebih ditingkatkan pada upaya promotif dan preventif. Oleh karena itu promosi kesehatan menjadi salah satu upaya wajib di Puskesmas (Masulili, 2007). Menurut Departemen Kesehatan (2007), keberadaan puskesmas dapat diumpamakan

sebagai agen perubahan di masyarakat sehingga masyarakat lebih berdaya dan timbul gerakan-gerakan upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat.

Salah satu klinik IMS yang melekat pada puskesmas yaitu Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas. Seperti halnya di kota-kota lain, Kabupaten Banyumas juga menghadapi permasalahan prostitusi. Salah satu indikasinya adalah area prostitusi yang cukup terkenal di Banyumas yaitu Gang Sadar yang terletak di kawasan wisata Baturraden. Kedua, Kabupaten Banyumas mendapat bagian dalam penanganan AIDS karena Kabupaten Banyumas disinyalir termasuk resiko tinggi penularan HIV/AIDS. Hal tersebut seperti tersurat pada tabel di bawah ini dimana Kabupaten Banyumas merupakan tiga besar kabupaten dengan kasus HIV/AIDS terbesar di Jawa Tengah.

Tabel 1.1. Lima Besar Kabupaten dengan Jumlah Penderita HIV/AIDS Tertinggi di Popinsi Jawa Tengah

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Penderita HIV/AIDS
1.	Kota Semarang	658
2.	Kota Surakarta	328
3.	Kabupaten Banyumas	253
4.	Kabupaten Cilacap	248
5.	Kabupaten Jepara	194

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2011

Pendirian klinik IMS ini diharapkan dapat menekan jumlah peningkatan kasus penularan dan terjangkitnya IMS di sekitar wilayah Baturraden. Berdasarkan pedoman layanan IMS menurut WHO (2006) petugas kesehatan dapat membantu dalam hal (1) penyuluhan kesehatan selama kunjungan klinik, (2) konseling untuk mendukung orang-orang mengubah perilakunya, (3) penyuluhan untuk meningkatkan kepedulian pada IMS. Sejauh ini, klinik IMS Baturraden II telah menyediakan berbagai macam layanan kesehatan seperti dalam tabel berikut:

*commit to user*

Tabel 1.2. Jenis Layanan Klinik IMS Baturraden II

Jenis layanan IMS yang dilakukan Klinik Baturraden II	Keterangan
a. Pemberian leaflet dan pamflet.	Setiap presentasi dan kunjungan pasien ke klinik.
b. Presentasi kesehatan organ genital.	Satu kali satu bulan di aula GS.
c. Pelayanan KIE (Komunikasi, Edukasi dan Informasi).	Setiap kunjungan pasien ke klinik.
d. Konseling.	Setiap kunjungan pasien ke klinik.
e. Pemberian kondom secara cuma-cuma.	Setiap presentasi dan kunjungan pasien ke klinik.
f. Pelayanan pengobatan.	Setiap kunjungan pasien ke klinik.
g. Skrining.	Setiap kunjungan pasien ke klinik.
h. Layanan laboratorium dengan rentang biaya Rp. 10.000,00 hingga Rp. 20.000,00.	Setiap kunjungan pasien ke klinik.

Akan tetapi dari segala usaha yang telah dilakukan selama ini, rupanya hasilnya belum maksimal, hal ini dapat dilihat dari jumlah pengunjung Klinik IMS Baturraden yang sangat fluktuatif dan tidak menunjukkan peningkatan yang signifikan. Jumlah kunjungan klinik didominasi oleh PSK yang datang secara setengah paksa oleh para penjangkau.

Tabel 1.3. Data Jumlah Pengunjung Klinik IMS Sejak Januari 2008 hingga Maret 2012.

No.	Bulan	Jumlah Pengunjung Klinik IMS (Tahun 2008-2011)				
		2008	2009	2010	2011	2012
1.	Januari	62	3	76	76	56
2.	Febuari	61	2	66	154	172
3.	Maret	48	14	16	104	115
4.	April	45	36	83	180	
5.	Mei	30	16	78	146	
6.	Juni	58	44	128	38	
7.	Juli	43	16	10	120	
8.	Agustus	17	8	9	35	
9.	September	21	86	62	11	
10.	Oktober	49	38	63	116	

*commit to user*

11.	November	61	38	71	52	
12.	Desember	32	29	21	172	

Sumber : Rekap data kunjungan pasien Klinik IMS tahun 2008 – Maret 2012

(Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas)

Berdasarkan rekap kunjungan pasien yang hasilnya jauh dari yang diharapkan oleh klinik IMS, peneliti sangat tertarik untuk melihat usaha Klinik IMS Baturraden II dalam usaha promosi kesehatan seksual pada para PSK di Gang Sadar Baturraden dimana mereka merupakan target utama. Promosi kesehatan ini bertujuan untuk mengubah perilaku para PSK dalam perilaku seksualnya, seperti membangun rasa ingin tahu tentang kesehatan seksual, selalu waspada terhadap setiap gejala yang tidak lazim, membangun kesadaran pada diri sendiri untuk memeriksakan organ reproduksinya dengan rutin, selalu menggunakan alat kontrasepsi ketika melayani tamunya, serta penggunaan alat kontrasepsi yang tepat.

Para PSK Gang Sadar dalam kehidupan sehari-harinya memiliki ikatan yang sangat kuat dengan kelompok sebayanya (*peer groups*) atau mereka yang berprofesi sama. Selain itu juga, mereka memiliki kelompok rujukan (*reference groups*) seperti mucikari atau petugas penjangkau yang tentunya sedikit banyak perilakunya akan terpengaruh oleh apa yang kelompoknya yakini atau katakan (norma subyektif). Petugas penjangkau merupakan petugas khusus yang ditunjuk pihak klinik IMS untuk melakukan komunikasi, memberikan keterampilan pada individu atau kelompok beresiko tinggi ([www.indonesia.unfpa.org](http://www.indonesia.unfpa.org)).

Norma subyektif ini seringkali bertentangan dengan apa yang dikatakan atau di promosikan oleh pihak klinik IMS. Contohnya, para PSK ditakut-takuti oleh petugas penjangkau bahwa mereka akan ditarik biaya yang sangat besar oleh pihak klinik jika tidak datang bersama petugas penjangkau. Padahal, biaya yang harus

dikeluarkan tidak berbeda antara PSK datang dengan kesadaran sendiri maupun dengan petugas penjangkau. Hal ini sebenarnya dilatarbelakangi oleh motif pribadi para penjangkau yaitu ingin menarik uang dari PSK dengan alasan untuk biaya transportasi ke klinik.

Melihat fenomena tersebut, maka teori perubahan perilaku yang akan menjadi referensi penelitian ini adalah *Theory of Reasoned Action* dari Icek Ajzen dan Martin Fishbein (Littlejohn dan Foss, 2005). Teori ini berasumsi bahwa manusia merupakan “rationale action” yang berarti individu memroses sebuah informasi dan termotivasi untuk bertindak atas dasar proses keyakinan normative dan sikap terhadap perilaku. Teori ini juga menawarkan suatu kerangka kerja untuk mengupas tindakan individu dengan mengidentifikasi, mengukur, dan menghubungkan keyakinan-keyakinan yang relevan pada individu atau kelompok, mengajak kita untuk mengerti alasan-alasan mereka sendiri yang memotivasi perilaku mereka.

Hal lain yang tidak kalah penting yang juga mempengaruhi berhasilnya sebuah promosi kesehatan seksual yaitu, para PSK merupakan kelompok masyarakat yang termarginalisasi dan terstigma negative. Stigma merupakan komunikasi non verbal dimana sebuah konstruksi sosial akan dikomunikasikan pada masyarakat sehingga setiap orang menyesuaikan, seperti membatasi akses pada sebuah interaksi sosial. Dalam bidang-bidang komunikasi kesehatan, stigma merupakan rintangan utama dalam promosi kesehatan, perlakuan dan dukungan. *Littlejohn dan Karen Foss* dalam *Encyclopedia of Communication Theory* menganalisis sebuah stigma dalam ranah komunikasi, dimana stigma memiliki kreasi, pemeliharaan, dan pengaruh yang terkait dengan komunikasi.

Dalam perencanaan program promosi Klinik IMS Baturraden II, penelitian ini nantinya akan mencoba menerapkan model PRECEDE-PROCEED. Model ini sangat terkenal untuk merencanakan program-program pendidikan kesehatan. Model yang diperkenalkan oleh Lawrence Green, dkk merupakan sebuah model yang mengarah pada upaya-upaya pragmatic mengubah perilaku kesehatan. Green menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan dimana model ini menyatakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua factor pokok yaitu factor dalam diri sendiri dan factor di luar diri mereka.

Penelitian yang berjudul "*EVALUASI PROMOSI KESEHATAN PADA KOMUNITAS PEKERJA SEKS KOMERSIAL (Studi Evaluasi Promosi Kesehatan Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas)*" ini berfokus pada upaya yang dilakukan oleh klinik IMS Baturraden dalam kegiatan promosi kesehatan terkait dengan program pencegahan Infeksi Menular Seksual.

## **B. Rumusan Masalah**

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan pintu gerbang masuknya berbagai penyakit kelamin, tidak terkecuali HIV/AIDS. Infeksi ini rentan diderita oleh para Pekerja Seks Komersial (PSK). Oleh karena itu, perlu adanya kesadaran yang tinggi untuk memeriksakan diri (*screening*) secara sadar dan teratur pada klinik IMS yang dituju oleh pemerintah.

Klinik IMS Baturraden II telah banyak menyediakan berbagai macam promosi kesehatan kepada para PSK. Akan tetapi dalam pelaksanaan promosi tersebut terdapat beberapa kendala, permasalahan dan hambatan yang mengarah pada tingkat kunjungan yang sangat fluktuatif dan tidak menunjukkan peningkatan yang



signifikan, keengganan membawa pulang kondom dan leaflet yang diberikan cuma-cuma pada saat penyuluhan preventif. Selain itu juga kedatangan PSK ke klinik yang selalu diantar oleh para penjangkau dan jarang datang sendiri dengan penuh kesadaran untuk memeriksakan diri.

Oleh karena itu, diperlukan usaha untuk mengevaluasi promosi kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini serta melihat hal-hal apa yang menghambat keberhasilan promosi kesehatan tersebut. Melihat fenomena tersebut, maka muncullah sebuah rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu "Sejauh mana keberhasilan promosi kesehatan klinik IMS Puskesmas Baturaden II Kabupaten Banyumas selama ini?"

### **C. Pembatasan Masalah**

Berdasarkan beberapa identifikasi masalah yang penulis peroleh dan karena terbatasnya kemampuan peneliti baik kemampuan substansial, metodologis maupun teknis yang terkait dengan fokus masalah yang akan diteliti maka penulis mengambil inti dari beberapa identifikasi masalah tersebut yaitu dengan melakukan studi evaluasi terhadap model promosi kesehatan klinik IMS Baturraden II pada kelompok resiko tinggi.

### **D. Tujuan Penelitian**

Berdasar rumusan masalah di depan, maka penelitian ini selanjutnya merumuskan tujuan penelitian sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui bagaimanakah perencanaan, implementasi serta hasil yang telah dicapai oleh Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas selama ini dalam melakukan promosi kesehatan pada para PSK.
2. Untuk mengetahui sejauhmana keberhasilan promosi kesehatan Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas selama ini.
3. Untuk mengetahui hal-hal pendukung/penghambat apa saja yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas.

#### **E. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Akademis

- (a) Memberikan kontribusi bagi perkembangan disiplin Ilmu Komunikasi yang berkaitan dengan Komunikasi Kesehatan terutama dalam bidang Strategi Promosi Kesehatan.
- (b) Untuk memberikan kontribusi yang dapat dijadikan bahan kajian, rujukan, atau referensi tambahan bagi penelitian lebih lanjut dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan serta penelitian ilmiah di bidang komunikasi kesehatan, terutama mengenai kajian strategi promosi kesehatan

##### 2. Manfaat Praktis

- (a) Memberikan informasi mengenai terselenggaranya Klinik IMS kepada masyarakat agar dapat menanggulangi dan mencegah penyebaran infeksi menular seksual serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk mencegah penularan infeksi menular seksual.

- (b) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan serta pandangan bagi Klinik IMS serta seluruh pihak yang terlibat di dalamnya agar mengetahui strategi promosi kesehatan yang diterapkan serta mengetahui strategi yang paling efektif yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran mencegah infeksi menular seksual bagi Pekerja Seks Komersial Gang Sadar.



## BAB II

### TELAAH PUSTAKA

#### A. Deskripsi Teoritik

##### 1. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah kegiatan meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Promosi dalam konteks kesehatan diartikan sebagai memperbaiki kesehatan; memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum (Ewles dan Simnett, 2000).

Menurut WHO, promosi kesehatan merupakan proses membuat orang mampu meningkatkan control terhadap dan memperbaiki kesehatan mereka. Perspektif ini diperoleh dari konsepsi sehat dalam hal seorang individu atau kelompok mampu, di satu sisi untuk mewujudkan aspirasi dan memuaskan kebutuhan hidup dan di sisi yang lain, untuk mengubah atau mengatasi tantangan lingkungan (WHO, 1984).

Ada beberapa kompetensi yang harus dikembangkan dalam promosi kesehatan agar berlangsungnya kegiatan promosi dengan baik, yaitu antara lain (Ewles dan Simnett, 1994:42-45):

- a) Mengelola, merencanakan dan mengevaluasi. Komunikasi kesehatan yang baik merupakan dasar keberhasilan promosi kesehatan. Komunikasi yang baik berarti komunikasi yang jelas, berjalan dua arah tanpa ada pengurangan pesan antara yang memberikan informasi dan yang menerima informasi.
- b) Menyuluh tentang kesehatan membutuhkan komunikasi yang baik dan juga memerlukan kompetensi edukasional tambahan sehingga seorang penyuluh kesehatan dapat bekerja dalam setting yang berbeda-beda.
- c) Pemasaran dan publikasi. Ini diterapkan ketika melakukan kegiatan promosi kesehatan yang memberikan manfaat kepada orang banyak melalui publisitas yang meluas.
- d) Fasilitas dan jaringan. Kedua hal ini sebagai media untuk membantu dalam mempromosikan kesehatan mereka dengan menggunakan berbagai cara seperti bertukar informasi dan keterampilan, dan membangun kepercayaan pada diri sendiri dan kepada orang lain.
- e) Mempengaruhi kebijakan dan praktik.

Berdasarkan konsep promosi kesehatan, individu dan masyarakat bukanlah objek yang pasif (sasaran) tapi juga subjek (pelaku). Dengan demikian kesehatan adalah upaya dari, oleh dan untuk masyarakat yang diwujudkan sebagai gerakan Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS). (Depkes, 2000).

Sebagai sebuah upaya tindakan peningkatan kualitas kesehatan maka promosi kesehatan disini memiliki tujuan dalam perubahan perilaku yang menjadi sasaran promosi kesehatan. Pendekatan perubahan perilaku yang dilakukan dalam promosi kesehatan tentu saja bertujuan agar adanya perubahan perilaku sasaran agar bisa menerapkan gaya hidup sehat. Pendekatan perilaku ini memilih perilaku-perilaku

sasaran yang paling masuk akal untuk diubah dan yang mempunyai dampak potensial paling besar terhadap masalah kesehatan, memilih dan mengembangkan strategi-strategi komunikasi yang mengarah kepada keterampilan dan kinerja dalam memilih salura-saluran interpersonal, media cetak dan media siar yang terpadu agar berfungsi sebagai konsekuensi maupun anteseden bagi perilaku-perilaku sasaran.

### 1.1. Strategi Promosi Kesehatan

Dalam Piagam Ottawa yang dihasilkan pada Konferensi Internasional Promosi Kesehatan pada tahun 1986 menyebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan orang dalam mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan sehat, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan (Piagam Ottawa, 1986). Selain itu, Piagam Ottawa ini menghasilkan strategi promosi kesehatan yang dikelompokkan menjadi 6, antara lain:

- a) Membangun kebijakan publik berwawasan kesehatan (*build healthy public policy*)

Promosi kesehatan lebih daripada sekadar perawatan kesehatan. Promosi kesehatan menempatkan kesehatan pada agenda dari pembuat kebijakan di semua sektor pada semua level, mengarahkan mereka supaya sadar akan konsekuensi kesehatan dari keputusan mereka dan agar mereka menerima tanggung jawab mereka atas kesehatan.

Kebijakan promosi kesehatan mengombinasikan pendekatan yang berbeda namun dapat saling mengisi termasuk legislasi, perhitungan fiskal, perpajakan, dan perubahan organisasi. Ini adalah kegiatan yang

terkoordinasi yang membawa kepada kesehatan, pendapatan, dan kebijakan sosial yang menghasilkan kesamaan yang lebih besar. Kegiatan terpadu memberikan kontribusi untuk memastikan barang dan jasa yang lebih aman dan lebih sehat, pelayanan jasa publik yang lebih sehat dan lebih bersih, dan lingkungan yang lebih menyenangkan. Kebijakan promosi kesehatan memerlukan identifikasi hambatan untuk diadopsi pada kebijakan publik di luar sektor kesehatan, serta cara menghilangkannya. Hal ini dimaksudkan agar dapat membuat pilihan yang lebih sehat dan lebih mudah untuk pembuat keputusan. Kebijakan Berwawasan Kesehatan artinya setiap keputusan pimpinan selalu memandang atau mempunyai cara pandang tentang kesehatan.

- b) Menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*)

Masyarakat kita kompleks dan saling berhubungan. Kesehatan tidak dapat dipisahkan dari tujuan-tujuan lain. Kaitan yang tak terpisahkan antara manusia dan lingkungannya menjadikan basis untuk sebuah pendekatan sosio-ekologis bagi kesehatan. Prinsip panduan keseluruhan bagi dunia, bangsa, kawasan, dan komunitas yang serupa, adalah kebutuhan untuk memberi semangat pemeliharaan yang timbal balik untuk memelihara satu sama lain, komunitas, dan lingkungan alam kita. Konservasi sumber daya alam di seluruh dunia harus ditekankan sebagai tanggung jawab global. Perubahan pola hidup, pekerjaan, dan waktu luang memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan. Pekerjaan dan waktu luang harus menjadi sumber kesehatan untuk manusia. Cara masyarakat mengatur kerja harus

*commit to user*

dapat membantu menciptakan masyarakat yang sehat. Promosi kesehatan menciptakan kondisi hidup dan kondisi kerja yang aman, yang menstimulasi, memuaskan, dan menyenangkan.

Penjajakan sistematis dampak kesehatan dari lingkungan yang berubah pesat terutama di daerah teknologi, daerah kerja, produksi energi dan urbanisasi sangat esensial dan harus diikuti dengan kegiatan untuk memastikan keuntungan yang positif bagi kesehatan masyarakat. Perlindungan alam dan lingkungan yang dibangun serta konservasi dari sumber daya alam harus ditujukan untuk promosi kesehatan apa saja. Lingkungan yang Mendukung adalah lingkungan dimana kita akan menjadikan contoh yang baik tentang kesehatan lingkungan ketika kita akan melakukan promosi kesehatan.

c) Memerkuat kegiatan-kegiatan komunitas (*strengthen community actions*)

Promosi kesehatan bekerja melalui kegiatan komunitas yang konkret dan efisien dalam mengatur prioritas, membuat keputusan, merencanakan strategi dan melaksanakannya untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Inti dari proses ini adalah memberdayakan komunitas kepemilikan mereka dan kontrol akan usaha dan nasib mereka. Pengembangan komunitas menekankan pengadaan sumber daya manusia dan material dalam komunitas untuk mengembangkan kemandirian dan dukungan sosial, dan untuk mengembangkan sistem yang fleksibel untuk memerkuat partisipasi publik dalam masalah kesehatan. Hal ini memerlukan akses yang penuh serta terus menerus akan informasi, mempelajari kesempatan untuk



kesehatan, sebagaimana penggalangan dukungan. Gerakan Masyarakat merupakan suatu partisipasi masyarakat yang menunjang kesehatan.

d) Mengembangkan keterampilan individu (*develop personal skills*)

Promosi kesehatan mendukung pengembangan personal dan sosial melalui penyediaan informasi, pendidikan kesehatan, dan pengembangan keterampilan hidup. Dengan demikian, hal ini meningkatkan pilihan yang tersedia bagi masyarakat untuk melatih dalam mengontrol kesehatan dan lingkungan mereka, dan untuk membuat pilihan yang kondusif bagi kesehatan.

Memungkinkan masyarakat untuk belajar melalui kehidupan dalam menyiapkan diri mereka untuk semua tingkatannya dan untuk menangani penyakit dan kecelakaan sangatlah penting. Hal ini harus difasilitasi dalam sekolah, rumah, tempat kerja, dan semua lingkungan komunitas. Keterampilan Individu adalah kemampuan petugas dalam menyampaikan informasi kesehatan dan kemampuan dalam mencontohkan (mendemostrasikan).

e) Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*)

Tanggung jawab untuk promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan dibagi di antara individu, kelompok komunitas, profesional kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, dan pemerintah.

Mereka harus bekerja sama melalui suatu sistem perawatan kesehatan yang berkontribusi untuk pencapaian kesehatan. Peran sektor kesehatan harus bergerak meningkat pada arah promosi kesehatan, di samping tanggung jawabnya dalam menyediakan pelayanan klinis dan pengobatan. Pelayanan

kesehatan harus memegang mandat yang meluas yang merupakan hal sensitif dan ia juga harus menghormati kebutuhan kultural. Mandat ini harus mendukung kebutuhan individu dan komunitas untuk kehidupan yang lebih sehat, dan membuka saluran antara sektor kesehatan dan komponen sosial, politik, ekonomi, dan lingkungan fisik yang lebih luas.

Reorientasi pelayanan kesehatan juga memerlukan perhatian yang kuat untuk penelitian kesehatan sebagaimana perubahan pada pelatihan dan pendidikan profesional. Hal ini harus membawa kepada perubahan sikap dan pengorganisasian pelayanan kesehatan dengan memfokuskan ulang kepada kebutuhan total dari individu sebagai manusia seutuhnya. Reorientasi Pelayanan Kesehatan artinya setiap kegiatan promosi kesehatan diorientasikan bagaimana pelayanan kesehatan yang seharusnya dan dapat terjangkau.

f) Bergerak ke masa depan (*moving into the future*)

Kesehatan diciptakan dan dijalani oleh manusia di antara pengaturan dari kehidupan mereka sehari-hari di mana mereka belajar, bekerja, bermain, dan mencintai. Kesehatan diciptakan dengan memelihara satu sama lain dengan kemampuan untuk membuat keputusan dan membuat kontrol terhadap kondisi kehidupan seseorang, dan dengan memastikan bahwa masyarakat yang didiami seseorang menciptakan kondisi yang memungkinkan pencapaian kesehatan oleh semua anggotanya.

Merawat, kebersamaan, dan ekologi adalah isu-isu yang penting dalam mengembangkan strategi untuk promosi kesehatan. Untuk itu, semua yang terlibat harus menjadikan setiap fase perencanaan, pelaksanaan, dan

evaluasi kegiatan promosi kesehatan serta kesetaraan antara pria dan wanita sebagai acuan utama.

## 1.2. Faktor-faktor penunjang promosi kesehatan

Kemudian dalam melakukan strategi promosi kesehatan, Klinik IMS Baturaden juga perlu memperhatikan faktor-faktor yang dapat menunjang kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan. Seperti yang diungkapkan Devito (1997:83-84) tentang faktor-faktor penunjang promosi kesehatan antara lain :

### a) Komunikator

Komunikator harus memiliki kredibilitas dan nilai lebih agar kata-kata yang ia ucapkan dapat langsung diserap oleh komunikan serta dapat menggugah komunikan untuk menerapkan pengetahuan yang didapat melalui pesan dari komunikator. Di sinilah dibutuhkan komunikator yang baik dengan kriteria kredibilitas sebagai berikut:

- *Competence*, yaitu kemampuan komunikator yang diperlihatkan melalui kewenangannya (pangkat, jabatan, kepakaran) atas suatu subjek yang tengah dibicarakan
- *Character*, yaitu moral yang diperlihatkan komunikator
- *Intention*, yaitu motif atau maksud yang mendorong komunikator mengatakan sesuatu
- *Personality*, yaitu perasaan kedekatan (*proximity*) antara komunikan dengan komunikator (kesamaan psikologis, sosiologis, antropologis,

sering mempengaruhi rasa kedekatan antara komunikator dengan komunikator)

- *Dynamics*, yaitu dinamika yang diperlihatkan oleh seorang komunikator *Charisma*, yaitu kualitas individu yang ditunjukkan oleh *powerfull language, social sensitivity, dan attractiveness*.

Ditinjau dari ilmu komunikasi secara umum, kelima kriteria kredibilitas yang diharapkan dari komunikator tersebut akan menunjang keberhasilan dari kegiatan promosi yang dilakukan. Kriteria kredibilitas komunikator ini juga dapat diterapkan untuk menunjang promosi kesehatan yang dilakukan Klinik IMS Baturaden dalam meningkatkan kesadaran mencegah IMS pada Pekerja Seks Komersial Gang Sadar.

Kemudian dikutip dari Liliweri (2009:92-94) menambahkan faktor-faktor penunjang promosi kesehatan secara khusus, antara lain :

- *Authority*, yaitu kekuasaan. Komunikator yang memegang kekuasaan tertentu akan lebih dipercaya komunikator daripada komunikator yang tidak memiliki kekuasaan
- *Compliance*, komunikator akan lebih mudah mengadopsi perilaku komunikator karena hubungan diantara dua pihak diiming-imingi oleh hukuman atau ganjaran
- *Internalization*, komunikator akan lebih mudah menerima suatu pesan yang direkomendasikan komunikator karena informasi tersebut searah dengan nilai atau sikap komunikator.

- *Identification*, komunikan akan lebih mudah menerima suatu pesan yang direkomendasikan komunikator karena informasi tersebut merupakan identifikasi diri komunikator
- *Eksperties*, yaitu kepakaran yang melekat pada diri komunikator. Kepakaran inilah yang memudahkan komunikan percaya pada pesan yang disampaikan komunikator.
- *Trustworthiness*, yaitu hal yang dapat dipercaya, maksudnya komunikan akan mudah percaya pada pesan yang disampaikan oleh komunikator yang menurut mereka memang dapat dipercaya
- *Goodwill*, komunikan dapat lebih mudah menerima pesan dari komunikator yang menurut mereka memiliki kebaikan tertentu
- *Emotional Intellegence*, yaitu kecerdasan emosional. Komunikan yang memiliki kecerdasan emosional berupa tampilan emosi yang sesuai dengan konteks pembicaraan dapat sangat mempengaruhi kepercayaan mereka kepada komunikator

Dari pendapat Liliweri tersebut, komunikator kesehatan hendaknya memiliki tambahan kredibilitas tersebut. Dengan seluruh kriteria kredibilitas yang dimiliki dari komunikator kesehatan, promosi kesehatan akan berjalan maksimal. Mengingat dalam kegiatan promosi, komunikator merupakan juru kunci dalam pelaksanaan kegiatan promosi.

#### b) Komunikan

Komunikan dalam sebuah proses komunikasi pada promosi kesehatan perlu mendapat perhatian lebih. Karena komunikasi yang efektif dapat dicapai salah satunya dengan memahami sasaran yang ingin dituju. Komunikan adalah

*commit to user*

penerima pesan dalam sebuah proses komunikasi. Jika komunikan dapat memahami informasi yang disampaikan dan memiliki kesamaan pemahaman dengan komunikator maka proses komunikasi, dalam hal ini adalah proses promosi kesehatan, dapat dikatakan berhasil. Maka tentu menjadi sangat penting ketika komunikan dapat memahami isi pesan yang disampaikan oleh komunikator.

Seorang komunikan dapat dan akan menerima sebuah pesan jika terdapat empat kondisi seperti berikut ini secara simultan (Effendy,1993:42):

- a) Ia dapat dan benar-benar mengerti pesan komunikasi
- b) Pada saat ia mengambil keputusan, ia sadar bahwa keputusannya itu sesuai dengan tujuannya
- c) Pada saat ia mengambil keputusan, ia sadar bahwa keputusannya itu bersangkutan dengan kepentingan pribadinya
- d) Ia mampu untuk menepatinya baik secara mental maupun secara fisik.

Berkaitan dengan komunikan, kemampuan komunikator dalam menganalisa komunikan sebelum melakukan promosi kesehatan perlu dilakukan. Hal ini perlu dilakukan dengan tujuan memudahkan kerja komunikator serta keefektivan pesan yang disampaikan kepada komunikan juga maksimal.

Terdapat lima klasifikasi audiens yang sifatnya klasik yang dibuat oleh H.L. Hollongworth (dalam: Iriantara dan Malik, 1994:63):

- a) Audiens Pedestrian, ditunjukkan kehadirannya dengan audiens yang bersifat sementara. Kehadiran audiens ini tidak langsung berhubungan dengan kegiatan komunikasi antara pembicara dan audiens

- b) Audiens Pasif dan Kelompok Diskusi, pada audiens ini persoalan baru dihadapi pembicara, yakni menjaga perhatian dan minat audiens
- c) Audiens Terpilih, yaitu sebuah kelompok yang anggota-anggotanya berkumpul berdasarkan suatu kesamaan tujuan, namun diantara para anggota kelompok tersebut tidak bersimpati satu sama lain atau bersimpati pada suatu pandangan pembicara. Impresi, persuasi, dan arahan pembicara memberikan karakterisasi pada kegiatan yang dijalani.
- d) Audiens Kesepakatan adalah kelompok yang anggotanya berkumpul berdasarkan satu kesepakatan, tujuan aktif, dengan kepentingan yang simpatik dalam upaya bersama namun tanpa ada pembagian kerja yang jelas atau otoritas organisasi yang tegas. Pemberian keyakinan dan arahan merupakan tugas utama pembicara.
- e) Audiens Terorganisasi, merupakan kelompok terorganisasi dengan pembagian tugas yang tegas dan otoritas yang ditunjang kepentingan dan tujuan yang sama dan spesifik dengan tugas-tugas yang dipahami dengan baik.

Melihat karakteristik dari audiens tersebut di atas maka komunikator perlu mengetahui audiens seperti apa yang akan dihadapinya dalam proses promosi. Hal ini juga berpengaruh terhadap penentuan strategi yang akan digunakan. Dengan demikian promosi kesehatan akan sukses dilakukan karena telah menganalisis komunikan sebelum melakukan promosi, sehingga komunikator dapat bekerja secara fokus menurut klasifikasi komunikan yang telah ditentukan, dan hal ini akan berefek kepada komunikan, yaitu komunikan dapat memahami pesan yang disampaikan komunikator dengan baik.

c) Pesan

Pesan adalah seperangkat lambang bermakna yang disampaikan oleh komunikator (dalam: Effendy, 2005: 18). Pesan dalam setiap proses promosi harus menggambarkan produk atau program yang ingin diinformasikan secara jelas dan terperinci. Seperti dalam promosi kesehatan Klinik IMS untuk melakukan pelayanan dan peningkatan kesadaran mencegah IMS pada Pekerja Seks Komersial Gang Sadar, informasi mengenai Klinik IMS dan tentang IMS juga harus rinci dan yang lebih utama adalah mudah dipahami oleh masyarakat sebagai sasaran utama promosi kesehatan. Terdapat beberapa faktor pada komponen pesan yang harus diperhatikan dalam penyampaian informasi pada komunikan, di antaranya (Effendy,1993:41):

- a) Pesan harus dirancang dan disampaikan sedemikian rupa, sehingga dapat menarik perhatian komunikan
- b) Pesan harus menggunakan lambang-lambang tertuju kepada pengalaman yang sama antara komunikator dan komunikan sehingga sama-sama mengerti
- c) Pesan harus membangkitkan kebutuhan pribadi komunikan dan menyarankan beberapa cara untuk memperoleh kebutuhan tersebut
- d) Pesan harus menyarankan suatu jalan untuk memperoleh kebutuhan tadi yang layak bagi situasi kelompok dimana komunikan berada pada saat ia digerakkan untuk memberikan tanggapan yang dikehendaki.

Seperti kegiatan komunikasi pada umumnya, hambatan-hambatan dalam pelaksanaan komunikasi pada promosi kesehatan Klinik IMS Baturaden ini juga



pasti ada pada pelaksanaannya di lapangan. Dalam sistem komunikasi seperti yang disebutkan oleh R. Kreiter (dalam: Ruslan, 2005:9), beberapa hambatan yang dihadapi antara lain:

- a) Hambatan dalam proses penyampaian, hambatan ini dapat berasal dari pihak komunikator, penerima pesan atau bahkan media yang tidak sesuai
- b) Hambatan secara fisik, sarana fisik dapat menghambat komunikasi efektif sehingga membuat pesan-pesan tidak efektif sampai kepada komunikannya
- c) Hambatan semantik, yaitu adanya perbedaan pengertian dan pemahaman antara pemberi pesan dan penerima tentang suatu bahasa atau lambang
- d) Hambatan psikososial, yaitu hambatan adanya perbedaan yang cukup lebar dalam aspek kebudayaan, adat istiadat, kebiasaan, persepsi dan nilai-nilai yang dianut sehingga kecenderungan, kebutuhan, serta harapan-harapan dari kedua pihak yang berkomunikasi juga berbeda.

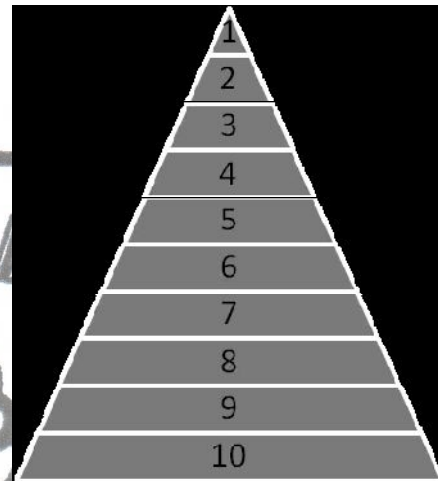
Beberapa hambatan tersebut dapat diatasi apabila komunikator mampu mengetahui apa yang menjadi sumber hambatan dan mencari solusi yang tepat untuk mengatasi hambatan yang ada.

d) Alat bantu

Strategi promosi yang baik dan benar tentu harus diimbangi pula oleh alat bantu atau alat peraga untuk mempermudah jalannya proses promosi. Alat peraga ini juga mampu membantu dan menarik perhatian masyarakat sasaran promosi untuk memahami apa yang dipromosikan oleh komunikator. Pada dasarnya alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah persepsi. Setiap orang pasti memiliki pengalaman atau pengetahuan melalui bantuan alat peraga.

Edgar Dale membagi alat peraga ke dalam sebuah kerucut dengan sepuluh tingkatan (Notoatmodjo, 2003:109) :

- 1) Kata-kata
- 2) Tulisan/Rekaman
- 3) Film
- 4) Televisi
- 5) Pameran
- 6) *Field trip*
- 7) Demonstrasi
- 8) Sandiwara
- 9) Benda tiruan
- 10) Benda asli



Gambar 2.1. Kerucut Edgar Dale

Kata-kata berada di tingkatan paling atas (paling sempit), dan benda asli berada di tingkatan paling bawah (paling lebar) hal ini berarti bahwa pada proses pendidikan, benda asli memiliki intensitas yang paling besar untuk mempersepsikan bahan pendidikan. Bahan pengajaran yang berupa kata-kata kurang efektif atau memiliki intensitas yang rendah. Hal ini karena dengan adanya benda asli maka masyarakat sebagai komunikan dapat memiliki pengalaman langsung dan cenderung akan lebih mudah diingat, sedangkan kata-kata tanpa penguat berupa benda asli hanya akan berupa pengetahuan yang ada kemungkinan untuk dilupakan.

Merujuk pada kerucut Edgar Dale di depan, Klinik IMS Baturraden II memiliki beberapa alat peraga diantaranya film dokumenter, benda asli berupa kondom wanita dan kondom laki-laki serta benda tiruan seperti organ genital untuk

membantu petugas memberikan pemahaman pada PSK mengenai penggunaan kondom yang benar. Meski tidak banyak benda asli yang dapat digunakan sebagai alat peraga pada promosi kesehatan dalam kaitannya dengan upaya pencegahan IMS dan promosi Klinik IMS Baturaden, tetapi petugas promosi harus tetap berusaha membuat atau mencari sebuah alat peraga yang dapat mempermudah proses peningkatan pengetahuan dan pemahaman terhadap pesan kesehatan yang disampaikan.

## 2. Komunikasi Kelompok

Kelompok adalah sekumpulan orang yang mempunyai tujuan bersama, yang berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama, mengenal satu sama lainnya, dan memandang mereka sebagai bagian dari kelompok tersebut. Kelompok ini misalnya adalah keluarga, tetangga, kawan-kawan terdekat, kelompok diskusi; kelompok pemecahan masalah, atau suatu komite yang tengah berapat untuk mengambil suatu keputusan. Dengan demikian, komunikasi kelompok biasanya merujuk pada komunikasi yang dilakukan kelompok kecil tersebut (*small-group communication*). Komunikasi kelompok dengan sendirinya melibatkan komunikasi antar pribadi, karena itu kebanyakan teori komunikasi antarpribadi berlaku juga bagi komunikasi kelompok (Mulyana, 2005: 74).

Sejalan dengan pengertian Mulyana, Anwar Arifin (dalam Marhaeni Fajar, 2009) menyatakan komunikasi kelompok merupakan komunikasi yang berlangsung antara beberapa orang dalam suatu kelompok “kecil” seperti dalam rapat, pertemuan, konperensi dan sebagainya. Michael Burgoon (dalam Wiryanto, 2005) mendefinisikan komunikasi kelompok sebagai interaksi secara tatap muka antara tiga

orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagi informasi, menjaga diri, pemecahan masalah, yang mana anggota-anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat.

Dari definisi tersebut dapat dilihat karakteristik komunikasi kelompok, diantaranya:

- 2.1. Komunikasi dalam komunikasi kelompok bersifat homogen.
- 2.2. Dalam komunikasi kelompok terjadi kesempatan dalam melakukan tindakan pada saat itu juga.
- 2.3. Arus balik didalam komunikasi kelompok terjadi secara langsung, karena komunikator dapat mengetahui reaksi komunikan pada saat komunikasi sedang berlangsung.
- 2.4. Pesan yang diterima komunikan bersifat dapat bersifat rasional (terjadi pada komunikasi kelompok kecil) dan bersifat emosional (terjadi pada komunikasi kelompok besar).
- 2.5. Komunikator masih dapat mengetahui dan mengenal komunikan meskipun hubungan yang terjadi tidak erat pada komunikasi interpersonal.
- 2.6. Komunikasi kelompok akan menimbulkan konsekuensi bersama untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Selanjutnya, Sendjaja (2002: 3.3) menjelaskan bahwa Michael Burgoon dan Michael Ruffner dalam bukunya *Human Communiation, A Revisian of Approaching Speech/Comumunication*, memberi batasan komunikasi kelompok sebagai interaksi tatap muka dari tiga atau lebih individu guna memperoleh maksud atau tujuan yang dikehendaki seperti berbagai informasi, pemeliharaan diri atau pemecahan masalah

sehingga semua anggota kelompok dapat menumbuhkan karakteristik pribadi anggota lainnya dengan akurat (*the face-to-face interaction of three or more individuals, for a recognized purpose such as information sharing, self-maintenance, or problem solving, such that the members are able to recall personal characteristics of other members accurately*).

Ada empat elemen yang tercakup dalam definisi di atas, yaitu interaksi tatap muka, jumlah partisipan yang terlibat dalam interaksi, maksud atau tujuan yang dikehendaki dan kemampuan anggota untuk dapat menumbuhkan karakteristik pribadi anggota lainnya. Kita mencoba membahas keempat elemen dari batasan tersebut dengan lebih rinci.

2.1. Terminologi tatap muka (*face-to face*) mengandung makna bahwa setiap anggota kelompok harus dapat melihat dan mendengar anggota lainnya dan juga harus dapat mengatur umpan balik secara verbal maupun nonverbal dari setiap anggotanya. Batasan ini tidak berlaku atau meniadakan kumpulan individu yang sedang melihat proses pembangunan gedung/bangunan baru. Dengan demikian, makna tatap muka tersebut berkait erat dengan adanya interaksi di antara semua anggota kelompok.

2.2. Jumlah partisipan dalam komunikasi kelompok berkisar antara 3 sampai 20 orang. Pertimbangannya, jika jumlah partisipan melebihi 20 orang, kurang memungkinkan berlangsungnya suatu interaksi di mana setiap anggota kelompok mampu melihat dan mendengar anggota lainnya. Dan karenanya kurang tepat untuk dikatakan sebagai komunikasi kelompok.

2.3. Maksud atau tujuan yang dikehendaki sebagai elemen ketiga dari definisi di atas bermakna bahwa maksud atau tujuan tersebut akan memberikan beberapa tipe identitas kelompok. Kalau tujuan kelompok tersebut adalah berbagi informasi, maka komunikasi yang dilakukan dimaksudkan untuk menanamkan pengetahuan (to impart knowledge). Sementara kelompok yang memiliki tujuan pemeliharaan diri (self-maintenance), biasanya memusatkan perhatiannya pada anggota kelompok atau struktur dari kelompok itu sendiri. Tindak komunikasi yang dihasilkan adalah kepuasan kebutuhan pribadi, kepuasan kebutuhan kolektif/kelompok bahkan kelangsungan hidup dari kelompok itu sendiri. Dan apabila tujuan kelompok adalah upaya pemecahan masalah, maka kelompok tersebut biasanya melibatkan beberapa tipe pembuatan keputusan untuk mengurangi kesulitan-kesulitan yang dihadapi.

2.4. Elemen terakhir adalah kemampuan anggota kelompok untuk menumbuhkan karakteristik personal anggota lainnya secara akurat. Ini mengandung arti bahwa setiap anggota kelompok secara tidak langsung berhubungan dengan satu sama lain dan maksud/tujuan kelompok telah terdefiniskan dengan jelas, di samping itu identifikasi setiap anggota dengan kelompoknya relatif stabil dan permanen.

#### **a. Pengaruh Kelompok pada Perilaku Komunikasi**

Menurut Fajar (2009), pengaruh kelompok pada perilaku komunikasi, antara lain:

##### **a.1. Konformitas;**

Konformitas adalah perubahan perilaku atau kepercayaan yang menuju (norma) kelompok sebagai akibat tekanan kelompok-yang real atau yang

*commit to user*

dibayangkan. Bila sejumlah orang mengatakan atau melakukan sesuatu, ada kecendrungan para anggota untuk mengatakan dan melakukan hal yang sama. Jadi kalau anda merencanakan untuk menjadi ketua kelompok, aturlah rekan-rekan anda untuk menyebar dalam kelompok. Ketika anda meminta persetujuan anggota, usahakan rekan-rekan anda secara persetujuan mereka. Tumbuhkan seakan-akan seluruh anggota kelompok sudah setuju. Besar kemungkinan anggota berikutnya akan setuju juga.

#### a.2. Fasilitas

Fasilitas (dari Prancis *facile*, artinya mudah) menunjukkan kelancaran atau peningkatan kualitas kerja karena ditonton kelompok. Kelompok mempengaruhi pekerjaan sehingga menjadi lebih mudah. Robert Zajonc (1965) menjelaskan bahwa kehadiran orang lain dianggap menimbulkan efek pembangkit energi pada perilaku individu. Efek ini terjadi pada berbagai situasi sosial, bukan hanya didepan orang yang menggairahkan kita. Energi yang meningkat akan mempertinggi kemungkinan dikeluarkannya respon yang dominan. Respon dominan adalah perilaku yang kita kuasai. Bila respon yang dominan itu adalah yang benar, maka akan terjadi peningkatan prestasi. Bila respon dominan itu adalah yang salah, terjadi penurunan prestasi. Untuk pekerjaan yang mudah, respon yang dominan adalah respon yang benar; oleh karena itu, peneliti-peneliti melihat kelompok mempertinggi kualitas kerja individu.

#### a.3. Polarisasi

Polarisasi adalah kecendrungan kearah posisi yang ekstrem. Bila sebelum diskusi kelompok para anggota mempunyai sikap agak mendukung

tindakan tertentu, setelah diskusi mereka akan lebih kuat lagi mendukung tindakan itu. Sebaliknya, bila sebelum diskusi para anggota kelompok agak menentang tindakan tertentu, setelah diskusi mereka akan menentang lebih keras.

## **b. Klasifikasi Kelompok**

Dari persepsi psikologi dan juga sosiologi, kelompok dapat diklasifikasikan ke dalam empat bagian, yaitu kelompok primer dan sekunder, *in-group* dan *out-group*, kelompok keanggotaan dan kelompok rujukan, serta kelompok deskriptif dan preskriptif (Riswandi, 2009: 120).

### **b.1. Kelompok Primer dan Kelompok Sekunder**

Pembagian kelompok seperti ini dikemukakan oleh Charles Horton Cooley. Kelompok primer ditandai adanya hubungan emosional, personal, dan akrab, menyentuh hati seperti hubungan dengan keluarga, teman sepermainan, tetangga sebelah rumah di pedesaan. Sedangkan kelompok sekunder adalah lawan dari kelompok primer, ditandai dengan hubungan yang tidak akrab tidak personal, dan tidak menyentuh hati kita seperti organisasi massa, fakultas, serikat buruh, dan sebagainya.

Perbedaan kelompok primer dan kelompok sekunder dari karakteristik komunikasinya adalah sebagai berikut:

b.1.1. Kualitas komunikasi pada kelompok primer bersifat dalam dan luas, artinya dalam kelompok primer kita mengungkapkan hal-hal yang bersifat pribadi dengan menggunakan berbagai lambang, baik verbal maupun nonverbal. Sebaliknya pada kelompok sekunder, komunikasi bersifat dangkal (hanya menembus bagian luar dari kepribadian kita)



dan terbatas (hanya berkenaan dengan hal-hal tertentu saja). Di sini lambang komunikasi umumnya verbal dan sedikit sekali nonverbal.

b.1.2. Komunikasi pada kelompok primer bersifat personal. Dalam kelompok primer yang penting adalah *siapa dia*, bukan *apa dia*. Kita mengkomunikasikan seluruh pribadi kita. Hubungan kita dengan anggota kelompok primer bersifat unik dan tidak dapat dipindahkan (*non-transferable*).

b.1.3. Pada kelompok primer, komunikasi lebih menekankan aspek hubungan dari pada aspek isi. Komunikasi dilakukan untuk memelihara hubungan baik, dan isi komunikasi bukan merupakan hal yang sangat penting.

## **b.2. In-group dan Out-group**

*In-group* adalah kelompok kita dan *Out-group* adalah kelompok mereka. *In-group* dapat berupa kelompok primer maupun sekunder. Keluarga kita adalah *in-group* kelompok primer. Fakultas adalah *in-group* kelompok sekunder. Perasaan *in-group* diungkapkan dengan kesetiaan, solidaritas, kesenangan, dan kerja sama.

Untuk membedakan *in-group* dan *out-group*, kita membuat batas (*boundaries*) yang menentukan siapa yang masuk orang dalam dan siapa yang masuk orang luar. Batas-batas ini dapat berupa lokasi geografis (Indonesia, Thailand, dan sebagainya), suku bangsa (Jawa, Batak Minang), pandangan atau ideology (Muslim, Kristen), profesi (pedagang, dosen), bahasa (Inggris, Cina), status sosial (elite, menengah, bawah) dan kekerabatan (keluarga, *clans*).

## **b.3. Kelompok Keanggotaan dan Kelompok Rujukan**

Pembagian kelompok ini diungkapkan oleh Theodore Newcomb pada tahun 1930-an. Ia melahirkan istilah *membership group* dan *reference group*. Kelompok rujukan diartikan sebagai kelompok yang digunakan sebagai alat ukur atau standar untuk menilai diri sendiri atau untuk membentuk sikap. Jika Anda menggunakan kelompok itu sebagai teladan bagaimana seharusnya bersikap, maka kelompok itu menjadi kelompok rujukan positif. Jika Anda menggunakannya sebagai teladan bagaimana seharusnya tidak bersikap, maka kelompok tersebut menjadi kelompok rujukan negatif. Kelompok yang terikat dengan kita secara nominal adalah kelompok rujukan kita, sedangkan yang memberikan kepada kita identifikasi psikologis adalah kelompok rujukan.

Jalaluddin Rakhmat dalam bukunya *Psikologi Komunikasi* (2005: 120) menjelaskan bahwa menurut teori kelompok rujukan, kelompok rujukan mempunyai dua fungsi, yaitu fungsi komparatif dan fungsi normatif.

### **c. Karakteristik Komunikasi Kelompok**

Karakteristik komunikasi dalam kelompok ditentukan oleh dua hal, yaitu norma dan peran. Norma adalah kesepakatan dan perjanjian tentang bagaimana orang-orang dalam suatu kelompok berhubungan dan berperilaku satu dengan yang yang lainnya. Severin dan Tankard mengatakan norma-norma sosial (*social norm*) terdiri dari dua jenis, yaitu deskriptif dan perintah. Norma-norma deskriptif menentukan apa yang umumnya dilakukan dalam sebuah konteks, sedangkan norma perintah (*injunctive norm*) menentukan apa yang pada umumnya disetujui oleh masyarakat. Keduanya mempunyai dampak pada tingkah laku manusia, namun norma-norma perintah tampaknya mempunyai dampak yang lebih besar (Bungin, 2006: 267).

Peran adalah aspek dinamis dari kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka dia menjalankan suatu peran (Soekanto, 2002: 242). Peran dibagi menjadi tiga, yaitu peran aktif, peran parsitipatif, dan peran pasif. Peran aktif adalah peran yang diberikan oleh anggota kelompok karena kedudukannya di dalam kelompok sebagai aktivis kelompok, seperti pengurus, pejabat, dan sebagainya. Peran parsitipatif adalah peran yang diberikan oleh anggota kelompok pada umumnya pada kelompoknya, partisipasi anggota macam ini akan member sumbangan yang sangat berguna bagi kelompok itu sendiri. Sedangkan peran pasif adalah sumbangan anggota kelompok yang bersifat pasif, di mana anggota kelompok menahan diri agar memberi kesempatan kepada fungsi-fungsi lain dalam kelompok dapat berjalan dengan baik.

#### **d. Fungsi Komunikasi Kelompok**

Keberadaan suatu kelompok dalam masyarakat dicerminkan oleh fungsi-fungsi yang akan dilaksanakan. Fungsi-fungsi tersebut mencakup fungsi hubungan sosial, pendidikan, persuasi, pemecahan masalah dan pembuatan keputusan, serta fungsi terapi. Semua fungsi itu dimanfaatkan untuk kepentingan masyarakat, kelompok, dan para anggota kelompok itu sendiri (Sendjaja, 2002: 3.8).

Fungsi pertama dalam kelompok adalah hubungan sosial, dalam arti bagaimana suatu kelompok mampu memelihara dan memantapkan hubungan sosial di antara para anggotanya seperti bagaimana suatu kelompok secara rutin memberikan kesempatan kepada anggotanya untuk melakukan aktivitas yang informal, santai dan menghibur.

Pendidikan adalah fungsi kedua dari kelompok, dalam arti bagaimana sebuah kelompok secara formal maupun informal bekerja untuk mencapai dan

mempertukarkan pengetahuan. Melalui fungsi pendidikan ini, kebutuhan-kebutuhan dari para anggota kelompok, kelompok itu sendiri, bahkan kebutuhan-kebutuhan masyarakat dapat terpenuhi. Namun demikian, fungsi pendidikan dalam kelompok akan sesuai dengan yang diharapkan atau tidak, bergantung pada tiga faktor, yaitu jumlah informasi baru yang dikontribusikan, jumlah partisipan dalam kelompok, serta frekuensi interaksi di antara para anggota kelompok. Fungsi pendidikan ini akan sangat efektif jika setiap anggota kelompok membawa pengetahuan yang berguna bagi kelompoknya. Tanpa pengetahuan baru yang disumbangkan oleh masing-masing anggota, mustahil fungsi edukasi ini akan tercapai.

Dalam fungsi persuasi, seorang anggota kelompok berupaya mempersuasi anggota lainnya supaya melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Seseorang yang terlibat usaha-usaha persuasif dalam suatu kelompok, membawa resiko untuk tidak diterima oleh para anggota lainnya. Misalnya, jika usaha-usaha persuasif tersebut terlalu bertentangan dengan nilai-nilai yang berlaku dalam kelompok, maka justru orang yang berusaha mempersuasi tersebut akan menciptakan suatu konflik, dengan demikian malah membahayakan kedudukannya di dalam kelompok.

Fungsi kelompok juga dicerminkan dengan kegiatan-kegiatannya untuk memecahkan persoalan dan membuat keputusan-keputusan. Pemecahan masalah (*problem solving*) berkaitan dengan penemuan alternatif atau solusi yang tidak diketahui sebelumnya. Sedangkan pembuatan keputusan (*decision making*) berhubungan dengan pemilihan antara dua atau lebih solusi. Jadi, pemecahan masalah menghasilkan materi atau bahan untuk pembuatan keputusan. Terapi adalah fungsi kelima dari kelompok. Kelompok terapi memiliki perbedaan dengan kelompok lainnya, karena kelompok terapi tidak memiliki tujuan. Objek dari

kelompok terapi adalah membantu setiap individu mencapai perubahan personalnya. Tentunya individu tersebut harus berinteraksi dengan anggota kelompok lainnya guna mendapatkan manfaat, namun usaha utamanya adalah membantu dirinya sendiri, bukan membantu kelompok mencapai konsesus. Tindak komunikasi dalam kelompok-kelompok terapi dikenal dengan nama pengungkapan diri (*self-disclosure*). Artinya, dalam suasana yang mendukung, setiap anggota diajarkan untuk berbicara secara terbuka tentang apa yang menjadai permasalahannya. Jika muncul konflik, antara anggota dalam diskusi yang dilakukan, orang yang menjadi pemimpin atau yang memberi terapi yang akan mengaturnya.

### 3. Theory of Reasoned Action

*Theory of Reasoned Action* pertama kali diperkenalkan Fishbein pada tahun 1967. Awalnya teori ini dipergunakan di dalam berbagai macam perilaku manusia, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan sosial-psikologis, kemudian makin bertambah digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan (Bart,1994).

Teori ini menggunakan pendekatan kognitif, dan didasari ide bahwa :

*“... humans are reasonable animals who, in deciding what action to take, systematically process and utilize the information available to them...”*

(Ajzen & Fishbein, 1980;Fishbein & Middlestadt, 1989 dalam Smet, B., 1994)

Teori ini didasarkan pada asumsi-asumsi sebagai berikut:

1. Bahwa manusia umumnya melakukan sesuatu dengan cara-cara yang masuk akal.
2. Bahwa manusia mempertimbangkan semua informasi.

3. Bahwa manusia secara eksplisit dan implicit memperhitungkan implikasi tindakan mereka (Azwar, 2007).

Icek Ajzen dan Martin Fishbein dalam *Theory of Reasoned Action* ini berpendapat bahwa hasil dari sebuah perilaku manusia merupakan bagian dari minat (intention). Secara spesifik, minat untuk berperilaku tergantung pada sikap (attitude) dan norma subyektif (subjective norm) atas perilaku. Pada sisi lain keyakinan (believing) atas akibat perilaku mempengaruhi sikap dan norma subyektif. Selanjutnya, sikap individu terbentuk dari kombinasi antara kekuatan dan evaluasi tentang keyakinan penting seseorang. Norma subyektif ditentukan oleh keyakinan bahwa orang lain berpendapat seyogyanya melaksanakan perilaku dan motivasi untuk menuruti pengharapan-pengharapan lingkungan social itu. Secara garis besar dapat disimpulkan bahwa minat dan perilaku dipengaruhi oleh internal individu dan faktor eksternal atau lingkungan social.

Faktor eksternal tercermin dari pengaruh orang lain (norma subyektif) terhadap perilaku atau keputusan yang diambil. Secara sederhana, teori ini menyatakan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan tersebut positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar dia melakukannya.

Dalam menyesuaikan tingkah laku dengan norma masyarakat biasanya individu melihat kepada kelompok acuan (*reference group*), yaitu kelompok yang dijadikan acuan atau panutan individu. Kelompok acuan ini tidak harus merupakan kelompok yang terorganisasi, melainkan kelompok yang mempunyai tujuan dan ciri-ciri serupa, misalnya kelompok remaja kelompok sebaya. Peran kelompok acuan ini

sangat penting dalam mengatur dan mengarahkan perilaku individu. Berikut adalah formula tujuan sebuah perilaku menurut *Theory Reasoned Action* (Littlejohn, 2005) :

$$BI = A_B w_1 + (SN) w_2$$

BI = behavioral intention

$A_B$  = attitude toward the behavior

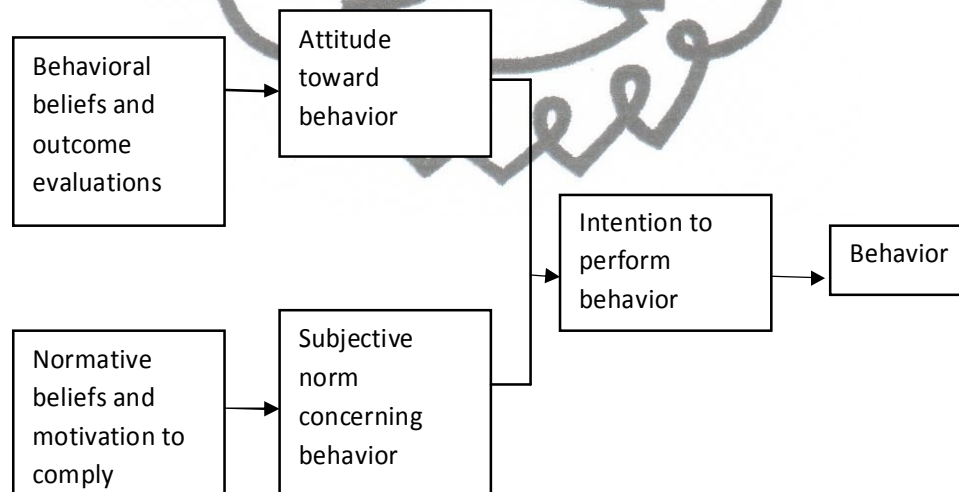
SN= subjective norm (what other think)

$W_1$ =weight of attitude

$W_2$ = weight of subjective norm

Kekuatan dari teori ini adalah menyediakan suatu *framework* untuk melihat alasan-alasan tersebut. Teori ini menawarkan suatu kerangka kerja untuk mengupas tindakan individu dengan mengidentifikasi, mengukur, dan menghubungkan keyakinan-keyakinan yang relevan pada individu atau kelompok, mengajak kita untuk mengerti alasan-alasan mereka sendiri yang memotivasi perilaku mereka.

#### *Theory of Reasoned Action*



*Theory of Reasoned Action* tidak menghususkan keyakinan tertentu tentang hasil perilaku atau perilaku normatif orang lain yang seharusnya diukur. Hasil-hasil perilaku dan perilaku orang lain akan berbeda untuk perilaku-perilaku yang berbeda.

Begitu pula, hal tersebut mungkin akan berbeda untuk perilaku yang sama tetapi untuk populasi yang berbeda.

*Theory of Reasoned Action* menawarkan beberapa keuntungan dibandingkan dengan *Health Belief Model*. Pengaruh yang jelas nampak dari norma subyektif memberikan perspektif penting. Teori ini juga mempertimbangkan keuntungan-keuntungan dari perilaku berisiko kesehatan. Lebih dari itu, teori ini tidak dibatasi pertimbangan-pertimbangan kesehatan jika seseorang membuat keputusan melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan: menurut *Theory of Reasoned Action* seseorang dapat membuat pertimbangan didasarkan atas alasan-alasan yang sama sekali berbeda (Widiyanto, 2008).

#### **4. Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu bentuk dari komunikasi interpersonal, dimana komunikator dan komunikan dapat langsung bertatap muka sehingga stimulus yakni pesan atau informasi dapat langsung direspon pada saat itu juga. Beberapa definisi komunikasi terapeutik disampaikan oleh para ahli, diantaranya Suryani (2005) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau paramedis dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Sejalan dengan pengertian tersebut, Stuart G.W. (1998) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara paramedis dengan pasien.

Dalam hubungan ini paramedis dan pasien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien. Komunikasi ini



dilakukan secara sadar dan bertujuan untuk kesembuhan melalui perubahan dalam diri pasien. Menurut Purwanto (1994), tujuan komunikasi terapeutik adalah, membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Dalam pemberian intervensi kesehatan diperlukan suatu komunikasi terapeutik, dengan demikian diharapkan seorang paramedis memiliki kemampuan khusus mencakup keterampilan intelektual, teknis dan interpersonal dan penuh kasih sayang dalam melakukan komunikasi dengan pasien. Selain itu, pelaksanaan komunikasi terapeutik juga harus terencana dan terstruktur.

#### **a. Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik**

Menurut Stuart, G. W (1998) struktur dalam proses komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahap yaitu tahap pra-interaksi, tahap perkenalan atau orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi. Dalam komunikasi terapeutik dikenal empat tahap yang biasanya dilalui oleh paramedic dan pasien. Pertama adalah tahap pra-interaksi, merupakan sebuah tahap dimana paramedic belum bertemu dengan pasien. Tahap ini ditandai dengan penggalan kemampuan diri paramedic termasuk kondisi kecemasan yang ada pada diri paramedis. Di sini dikenal dua unsur yang perlu dipersiapkan dan dipelajari yaitu unsur diri sendiri dan unsur dari klien. Menurut Nasir et al (2009) yang perlu dipelajari dari diri sendiri adalah pengetahuan yang dimiliki yang terkait dengan penyakit dan masalah klien, kecemasan dan kekalutan diri, analisis kekuatan diri, dan waktu pertemuan baik saat pertemuan

maupun lama pertemuan. Sedangkan, hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien adalah perilaku klien dalam menghadapi penyakitnya, budaya, dan tingkat pengetahuan.

Selanjutnya, tahap perkenalan atau orientasi ditandai dengan paramedis bertemu dengan klien. Pada tahap ini, menurut Suryani (2006), tugas paramedis adalah, pertama, membina hubungan rasa saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Kedua, memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respon klien dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Menurut Nasir et al (2009), Perawat dituntut mampu membuat suasana tidak terlalu formal sehingga suasana tidak terkesan tegang dan tidak bersifat menginterogasi. Lingkungan yang kondusif membantu klien bisa berpikir jernih dan mengutarakan keluhan yang diderita secara terbuka, lengkap sistematis, dan objektif. Ketiga, membuat kontrak dengan klien. Menurut Suryani (2006) kontrak harus disetujui bersama dengan klien antara lain, tempat, waktu pertemuan, dan topik pembicaraan. Tugas yang keempat pada tahap ini, paramedis menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain, maka dari itu perawat perlu mendengarkan secara aktif untuk mengumpulkan data tersebut. Keahlian yang harus dimiliki paramedis adalah terkait dengan teknik komunikasi agar klien mengungkapkan keluhannya dengan sebenarnya tanpa ditutup-tutupi ataupun diadadakan sehingga tidak mengacaukan rencana tindakan kesehatan.

Pada Tahap Kerja, ditandai dengan pencapaian tujuan. Tahap ini meliputi upaya meningkatkan motivasi klien untuk mempelajari dan melaksanakan aktivitas peningkatan kesehatan, untuk mengikuti program pengobatan dokter, dan untuk

mengekspresikan perasaan/pengalaman yang berhubungan dengan masalah kesehatan dan kebutuhan perawatan yang terbentuk (Tamsuri, 2005).

Tahap terakhir pada komunikasi terapeutik adalah tahap terminasi. Tahap terminasi dimulai ketika klien dan paramedic memutuskan untuk mengakhiri komunikasi. Tugas paramedis pada tahap ini menurut Suryani (2005) adalah mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan dan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya.

#### **b. Sikap dalam Komunikasi Terapeutik**

Dalam melakukan komunikasi terapeutik, perlu diperhatikan sikap paramedis dalam melakukan hubungan. Seorang paramedis perlu memperhatikan sikap tertentu untuk melakukan komunikasi terapeutik. Egan dalam Kozier (1983) mengidentifikasi lima sikap atau cara menghadirkan diri secara fisik untuk memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu

- a) Berhadapan, posisi berhadapan menunjukkan/memberi isyarat "saya siap untuk anda". Posisi yang tidak lurus menghadap wajah klien menunjukkan keterlibatan yang kurang.
- b) Mempertahankan kontak mata, kontak mata sejajar menunjukkan perawat menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- c) Membungkuk ke arah klien, posisi membungkuk ke arah klien memberi makna ada keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu.

*commit to user*

Mempertahankan postur terbuka, tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.

- d) Jarak yang terbentuk antara paramedis dan klien menunjukkan juga keintiman dan keterbukaan sikap dalam hubungan yang terbentuk. Hall dalam Kozier (1995) menyatakan bahwa hubungan intim berjarak dari nol (kontak tubuh) sampai 45 cm. Hubungan personal memiliki jarak antar individu antara 45-120 cm, hubungan sosial dalam jarak antara 1,2-3,6 meter, dan hubungan publik dengan jarak antarpersonal lebih dari 3,6 meter. Lebih jauh, keintiman juga tercermin dari sentuhan tubuh, kemampuan merasakan bau tubuh, dan kehangatan suhu tubuh individu lain, serta frekuensi dan kualitas kontak mata terbentuk.
- e) Sikap yang terakhir yaitu rileks, sikap rileks menciptakan iklim kondusif bagi klien untuk tetap melakukan komunikasi dan memungkinkan pengembangan komunikasi. Situasi yang rileks tercipta melalui posisi tubuh yang digunakan selama komunikasi, intonasi pembicaraan, dan penggunaan kata-kata yang tepat atau mengandung humor. Pemilihan kata juga penting untuk menimbulkan kesan rileks bagi klien. Situasi rileks penting bagi klien untuk meningkatkan kepercayaan dan keterbukaan diri dengan perawat tetap mempertahankan kesan profesional (Tamsuri, 2005).

### **c. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik**

Dalam sebuah proses komunikasi antara paramedic dan pasien, seringkali terpapar kondisi yang memungkinkan tujuan yang tidak direncanakan terjadi. Murwani (2009) menyatakan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi isi pesan dan sikap dalam menyampaikan pesan komunikasi, diantaranya:

*commit to user*

a) Perkembangan.

Penyampaian isi pesan dan sikap dalam berkomunikasi harus disesuaikan dengan penerima pesan, apakah anak-anak, remaja dewasa atau lanjut usia.

b) Persepsi.

Persepsi berpengaruh pada proses komunikasi karena persepsi merupakan dasar terjadinya komunikasi. Kesamaan persepsi antara komunikator dengan komunikan sangat dibutuhkan sehingga pesan dapat tersampaikan sesuai dengan yang dimaksudkan.

c) Nilai.

Nilai merupakan standar yang mempengaruhi perilaku sehingga sangat penting bagi pemberi pelayanan kesehatan untuk menyadari nilai seseorang. Nilai yang dianut oleh paramedic dalam komunikasi kesehatan berbeda dengan nilai yang dimiliki oleh pasien. Paramedis harus berpegang teguh pada nilai-nilai profesionalisme dalam berkomunikasi.

d) Latar belakang social budaya.

Latar belakang social budaya menciptakan gaya dalam berkomunikasi. Sosial budaya merupakan faktor yang membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.

e) Emosi.

Emosi merupakan perasaan subyektif tentang suatu peristiwa di sekelilingnya. Kekuatan emosi dipengaruhi oleh cara seseorang mengendalikan diri dalam

menunjukkan kesanggupan atau kemampuannya berhubungan dengan orang lain.

f) Pengetahuan.

Perbedaan tingkat pengetahuan dapat menjadi kendala dalam komunikasi antara paramedic dan pasien. Dibutuhkan kecakapan dalam menempatkan diri sesuai dengan tingkat pengetahuan dan mumpuni dalam memahami tingkat pengetahuan pasien.

g) Peran dan hubungan.

Gaya komunikasi harus disesuaikan dengan peran yang sedang dilakukan oleh paramedic. Seorang paramedic akan merasa nyaman dan bersikap terbuka ketika berkomunikasi dengan rekan sejawatnya, akan tetapi akan sangat berbeda jika mereka berkomunikasi dengan pasien atau atasannya.

h) Lingkungan.

Kondisi lingkungan yang kondusif merupakan faktor pendukung yang positif bagi berlangsungnya komunikasi.

## 5. Komunikasi Stigma

Stigma didefinisikan sebagai perbedaan-perbedaan yang merendahkan yang secara sosial dianggap mendiskreditkan, dan dikaitkan dengan berbagai stereotip negative (Maman et al. 2009 : 2272). Dalam prakteknya, seseorang yang terkena stigma dianggap sebagai tantangan bagi tatanan moral (stigmatisasi), sehingga orang tersebut mesti *dijatuhkan/direndahkan*, atau dikucilkan (diskriminasi). Bahkan Erving Goffman telah menyajikan pondasi yang solid atas penelitian komunikasi

stigma bahwa tindakan komunikasi berhubungan dengan stigma di sepanjang sejarah manusia.

Selanjutnya, Stephen Littlejohn dan Karen Foss (2009) mengkaji persoalan stigma dari sudut pandang komunikasi. Mereka menekankan bahwa stigma memiliki kreasi, pemeliharaan, dan pengaruh yang terkait dengan komunikasi. Singkatnya, bagaimana sudut pandang komunikasi dalam formasi, pemeliharaan dan manajemen stigma.

#### **a. Komunikasi Stigma Bagian dari Komunikasi Non Verbal**

Stigma merupakan konstruksi sosial yang dikomunikasikan kepada masyarakat sehingga setiap orang menyesuaikan, seperti membatasi akses orang yang terstigma serta pada masa depannya (Littlejohn et al, 2009). Komunikasi stigma termasuk dalam komunikasi non verbal dimana memiliki empat macam konten untuk memungkinkan kategorisasi-kategorisasi, pengenalan kelompok, stereotip kelompok, dan aksi kelompok dapat terjadi. Agar berlangsung secara efektif, konten melibatkan tanda-tanda, label, tanggung jawab, dan resiko serta membangkitkan tiga emosi yang berbeda yaitu jijik, marah dan takut.

Tanda adalah perilaku atau atribut yang digunakan untuk mengenali apakah seseorang termasuk dalam kelompok yang memperoleh stigma. Sebuah tanda dapat berupa sesuatu yang melekat (seperti warna retina, kidal, atau warna kulit) atau sesuatu yang ditambahkan (seperti tato atau huruf A dalam Scarlet Letter-nya Nathaniel Hawthorne). Semakin sedikit seseorang dapat menyembunyikan tanda, semakin rendah dan konsisten anggota masyarakat dapat mengenali anggota kelompok yang terkena stigma.

Tanda akan semakin jelas tersirat apabila mereka yang terstigma juga menimbulkan rasa jijik bagi orang lain. Misalnya, pada masa colonial New England, orang yang melakukan seks secara tak bermoral akan diberi tanda di wajahnya dengan besi panas. Bekas luka ini kemudian menyajikan tanda nonverbal yang terlihat yang menarik perhatian. Berkenaan dengan perasaan jijik tersebut, orang-orang mengatasi perasaan yang tak mengenakan tersebut dengan menolak target yang menjijikkan dan berusaha menghindarinya.

Label adalah nama yang diciptakan untuk membedakan kelompok yang terkena stigma sebagai entitas social yang terpisah. Label tersebut seringkali termasuk ancaman di dalamnya (contohnya pelanggar norma seksual).

Tanggungjawab (*responsibility*) adalah informasi yang termasuk dalam pesan untuk menyatakan kesalahan. Contohnya, dalam abad ke-20 terbaru ini, perokok-perokok Amerika Serikat telah disalahkan telah membuat sebuah penyimpangan, pilihan untuk tetap merokok telah mengancam kesehatan publik. Hal ini menimbulkan kemarahan. Kemarahan (*anger*) adalah pikiran yang menghasilkan tindakan agresif untuk menghancurkan atau memindahkan rintangan dan memperoleh akses kembali untuk hasil yang diinginkan. Contohnya, orang mungkin menyuruh seorang perokok untuk pindah keluar dari ruang udara mereka atau untuk membuang rokok keluar.

Risiko (*peril*) adalah informasi yang menghubungkan yang ditandai, di-labelkan, tanggungjawab individual terhadap bahaya fisik atau sosial yang mengancam cara hidup komunitas. Ini membantu untuk mengingatkan penduduk untuk menghindari yang distigmakan. Ini juga memacu yang tidak distigmakan untuk berupaya kolektif untuk menyingkirkan kemampuan yang distigmakan untuk



mengancam mereka. Menyoroti bahaya ini menimbulkan ketakutan (*fear*), dan ketakutan adalah pikiran untuk mendorong tindakan untuk lepas dari ancaman.

### **b. Communication Privacy Management Theory**

Bruce Link dan teman-temannya (Littlejohn, 2009) mempunyai pendapat bahwa ketika seseorang telah terstigma negative, maka ada tiga kemungkinan perilaku yang mungkin diambil oleh penderita. Pertama, penderita akan memilih untuk menarik diri dari masyarakat dan dari interaksi dengan orang sekitar kecuali pada mereka yang menerima dianogsa dirinya. Kedua, mereka akan tetap berinteraksi seperti biasanya akan tetapi penderita akan berusaha menyembunyikan statusnya. Ketiga, justru sebaliknya. Penderita akan dengan terbuka menceritakan kepada orang lain dengan tujuan tertentu, misalnya memberikan pendidikan walaupun dengan resiko penderita akan menerima stigmatisasi dari masyarakat luas (Leslie, 2010).

Sandra Petronio (Littlejohn, 2005) memperkenalkan sebuah teori yang menekankan ketegangan manajemen antara sesuatu yang dapat menjadi milik public atau sesuatu yang bersifat rahasia (*privacy*). Topik ini menjadi sebuah contoh untuk memperlihatkan teori komunikasi yang memiliki inti bahsan dialektikal. Petronio juga menjelaskan bahwa seseorang dalam berinteraksi akan secara otomatis mengelola batasan-batasan antara area public dengan area pribadi. Teori ini melihat pengelolaan batasan tersebut sebagai proses aturan dasar dimana terjadi sebuah negosiasi peraturan bagaimana sebuah informasi akan dikelola, apakah akan disimpan sendiri atau dikomunikasikan dengan orang lain. Pengelolaan ini sangat berkaitan dengan resiko yang nantinya akan dihadapi. Selain resiko yang akan dihadapi, pertimbangan pengelolaan tadi juga didasarkan pada harapan budaya,

perbedaan jender, motivasi pribadi dan tuntutan lingkungan. Teori ini dikenal dengan teori manajemen kebebasan pribadi (Communication Privacy Management Theory)

Secara singkat teori ini berpendapat ketika seseorang memperlihatkan stigmanya kepada orang lainnya (dalam strategi penanganan pendidikan), maka pendengar menjadi pemilik informasinya. Pemilik informasi bertanggungjawab memberi ajaran dan menegakkan aturan kerahasiaan untuk melingkupinya. Rachel Smith dan teman-temannya menemukan bahwa pendengar mempunyai keinginan untuk menjaga kerahasiaan tentang stigmanya, menasehati bahwa pemilik informasi tidak hanya menggunakan strategi penanganan komunikasinya sendiri, tapi juga membesarkan hati orang yang berada dalam stigma untuk berpartisipasi memberikan strategi penanganannya.

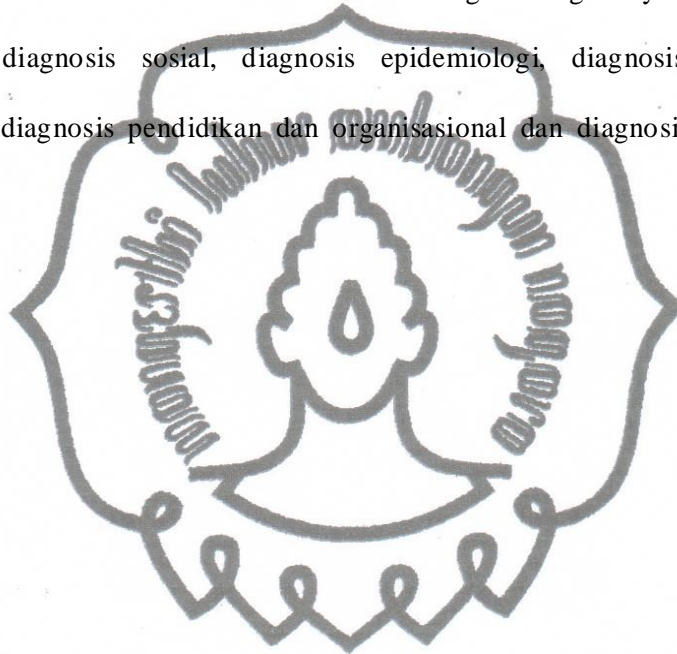
## 6. Precede - Proceed Model

Model PRECEDE dikembangkan oleh Green dan Kreuter pada tahun 1980 dan sangat dikenal sebagai model yang paling cocok diterapkan pada perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan. PRECEDE merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, dan Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Istilah tersebut merupakan kerangka untuk membantu perencanaan mengenal masalah, mulai dari kebutuhan hingga pengembangan program. Akan tetapi model ini masih banyak kekurangan, sehingga disempurnakan menjadi model PRECEDE-PROCEED. PROCEED juga merupakan sebuah singkatan dari *Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in educational and Environmental Development*.

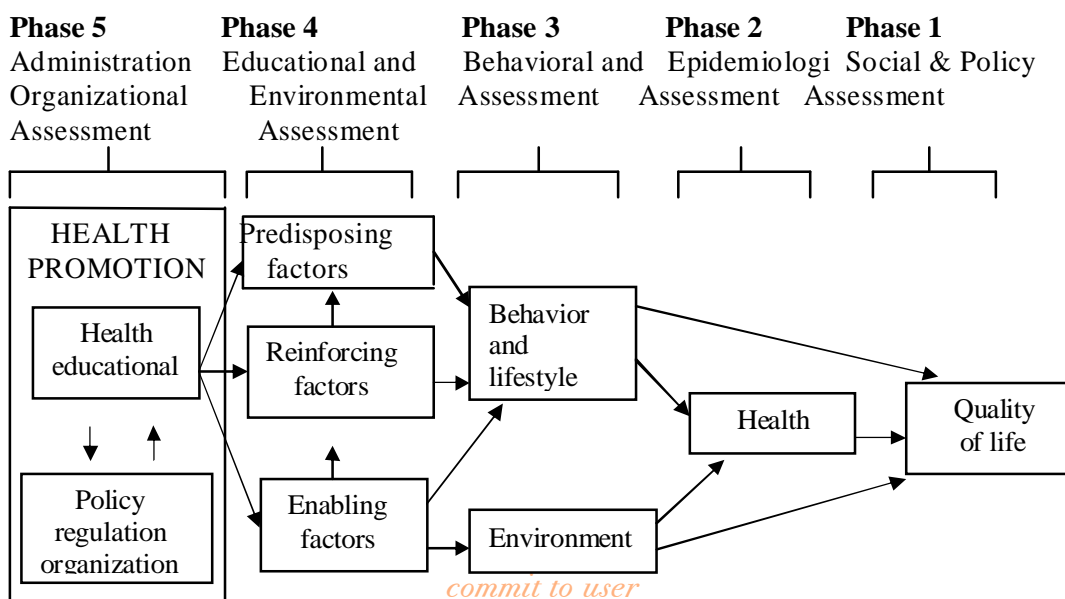
Dalam aplikasinya, model ini dilakukan secara bersama-sama dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. PRECEDE digunakan pada fase diagnosis

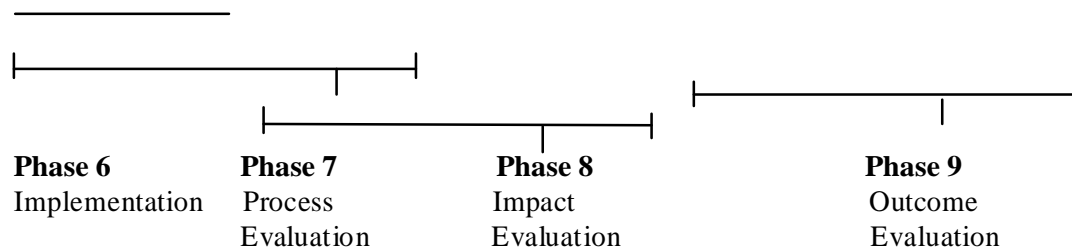
masalah, penetapan prioritas dan tujuan program. Sedangkan PROCEED digunakan untuk menetapkan sasaran dan criteria kebijakan, pelaksanaan, dan evaluasi. Menurut Schmidt, model ini paling banyak diterima dan telah berhasil diterapkan dalam perencanaan program-program komprehensif dalam banyak susunan yang berlainan. Selain itu, model ini dianggap lebih berorientasi praktis.

Pada model ini dikenal fase-fase atau langkah-langkah yang harus dilalui, yaitu fase diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku dan lingkungan, diagnosis pendidikan dan organisasional dan diagnosis administrative kebijakan.



**PRECEDE**





## PROCEED

Gambar 2.2. *The Precede-Proceed model for health promotion planning and evaluation*

Sumber : Green, Lawrence W. *Health Promotion Planning An Education and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. Mountain View, 1991: 24

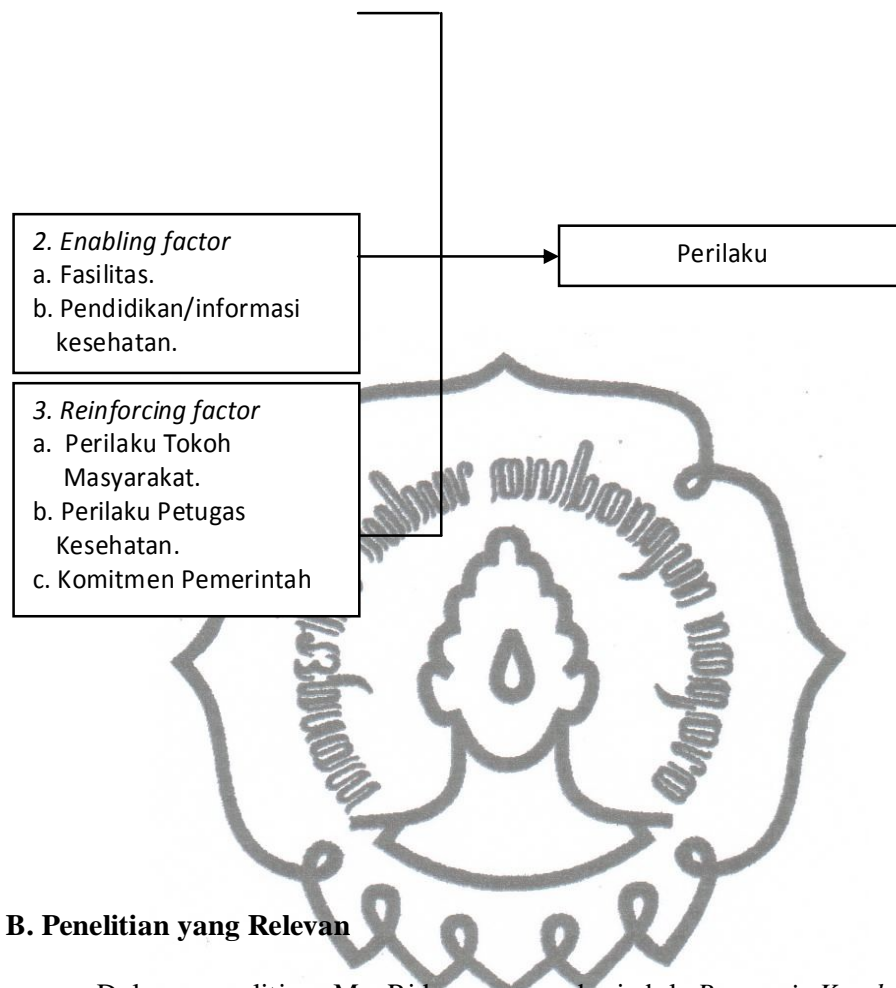
Berdasarkan penyebab masalah kesehatan, terdapat dua determinan penyebab perilaku yaitu faktor perilaku dan non perilaku. Pada dasarnya perilaku dibentuk dari tiga faktor yaitu pertama predisposisi atau faktor yang mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu, misalnya pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya dan kepercayaan.

Faktor kedua yaitu *enabling* atau faktor pemungkin, yakni factor yang memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Contoh dari faktor ini yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas dan kemudahan pencapaian pelayanan kesehatan, baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.

Selanjutnya yaitu faktor penguat atau *reinforcing*. Faktor ini merupakan sebuah konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Dalam hal ini yang termasuk dalam factor penguat yaitu pengaruh teman, dukungan sosial, pendapat, kritik, saran serta umpan balik dari petugas kesehatan.

1. *Predisposing factor*
  - a. Pengetahuan
  - b. Sikap
  - c. Umur
  - d. Pendidikan
  - e. Ekonomi
  - f. Budaya
  - g. dan lain-lain

*commit to user*



## B. Penelitian yang Relevan

Dalam penelitian M. Ridwan yang berjudul *Promosi Kesehatan dalam Rangka Perubahan Perilaku* yang dimuat dalam jurnal Metro Sai Wawai tahun 2009 menjelaskan dan menganalisis dua hal penting. Pertama, menjelaskan mengenai sejarah perkembangan promosi kesehatan di Indonesia semenjak era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat hingga era kesehatan dan paradigm sehat. Kedua, menganalisis bagaimana program promosi kesehatan mempengaruhi perubahan perilaku seseorang atau masyarakat dengan melihat bagaimana arus pesan dari berbagai model media promosi tersebut. Dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan untuk pencapaian perubahan perilaku, diperlukan media promosi. Media promosi kesehatan merupakan sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau *commit to user*

informasi yang ingin disampaikan komunikator baik itu melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang. Adapun persamaan penelitian ini dengan penelitian M.Ridwan di atas yaitu bagaimana program promosi kesehatan mempengaruhi perubahan perilaku seseorang atau masyarakat. Sedangkan perbedaannya, dalam penelitian ini lebih berfokus pada sebuah lokasi penelitian serta menganalisa hal apa saja yang kiranya menghambat program promosi kesehatan pada lokasi penelitian tersebut

Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Hafrida, Ira Paramastri dan Agus Priyanto pada tahun 2008. Penelitian ini berjudul *Evaluasi Promosi Penggunaan Kondom untuk Mencegah HIV/AIDS di Lokalisasi Pelacuran di Kabupaten Banyuwangi*. Di sini, tujuan para peneliti ingin melihat bagaimana perencanaan dan implementasi program promosi penggunaan kondom. Hasil dari penelitian ini memperlihatkan bahwa promosi penggunaan kondom di lokalisasi pelacuran belum mampu menarik minat wanita penaja seksual (WPS). Hal ini disebabkan karena beberapa hal, diantaranya yaitu media komunikasi tidak didisain dengan baik dan isinya kurang menarik karena terlalu banyak tulisan dibanding gambar-gambar mengingat para WPS banyak yang tidak dapat membaca. Permasalahan tersebut menunjukkan bahwa dalam proses perencanaan, tahap need assessment (pengkajian kebutuhan promosi kesehatan untuk memperoleh tema, isi pesan, strategi dan media yang tepat) belum sepenuhnya dilaksanakan. Pada penelitian ini akan diteliti promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran para PSK agar datang ke klinik IMS untuk memeriksakan kesehatan reproduksi mereka. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hafrida dan kawan-kawan yang berfokus pada kesadaran pengguna kondom pada pra WPS. Sedangkan persamaan dengan penelitian di atas

adalah sama-sama ingin melihat bagaimana perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan

Penelitian berikutnya, berjudul *Sexual Health Promotion in Chennai, India: Key Role of Communication among Social Networks* ditulis oleh Sudha Sivaram, Sethulakshmi Johnson dan kawan-kawan pada tahun 2005. Penelitian ini dilakukan di daerah miskin di Chennai, India, dengan tujuan untuk memahami komposisi jaringan komunikasi personal, sifat dasar informasi tentang seks dan kesehatan reproduksi yang terjadi pada komunitas serta nilai dari komunikasi pada komunitas. Temuan yang dihasilkan yaitu sebuah program promosi kesehatan akan lebih efektif apabila melibatkan opinion leader untuk berkomunikasi dengan anggota jaringan masyarakat. Temuan lain, yaitu intervensi promosi kesehatan seperti KB dan pencegahan HIV dengan menggunakan jaringan sosial teman sebaya merupakan sebuah titik awal perubahan kebiasaan. Teman sebaya atau satu komunitas mempengaruhi perubahan kebiasaan kesehatan seksual melalui pertukaran informasi, mencontoh, pemberdayaan, memfasilitasi pengetahuan seksual dan pengobatan yang baru. Persamaan dengan penelitian ini yaitu ingin memahami promosi kesehatan seksual yang telah dilakukan di sebuah lokasi. Akan tetapi perbedaannya diantaranya adalah informan, dimana dalam penelitian ini adalah para PSK dan penelitian bersifat evaluatif

Penelitian lain yang dilakukan oleh Collins O. Airhihenbuwa dan Rafael Obregon dalam judulnya *A Critical Assesment of Theories/Model Used in Health Communication for HIV/AIDS* pada tahun 2000. Penelitian ini akan mendiskusikan definisi dan konsep yang bisa digunakan untuk mengkomunikasikan pesan HIV/AIDS serta penerapannya. Selain itu juga menekankan bagaimana budaya

sangat berperan penting dalam perilaku berkomunikasi, dalam hal ini bagaimana budaya sangat mempengaruhi sebuah program komunikasi kesehatan. Penelitian ini berbeda dengan penelitian Collins , dimana penelitian ini akan lebih jauh melihat penerapan program promosi kesehatan serta tingkat keberhasilannya. Selain itu dalam penelitian di atas akan mengkaji model-model atau teori-teori dalam komunikasi kesehatan sedangkan dalam penelitian ini tidak sejauh itu.

Retno Hestningsih, Praba Ginandjar dan Rasmanto (2010) pada penelitiannya yang berjudul *Kejadian Infeksi Menular pada Wanita Penjaja Seks di Tempat Hiburan Tanjung Pinang* juga menekankan beberapa hal. Pertama, bagaimana penggunaan bahasa daerah sangat menentukan berhasil tidaknya sebuah program komunikasi kesehatan. Apabila dua orang tidak berkomunikasi dengan bahasa yang sama, maka interaksi menjadi terbatas. Pesan harus diinterpretasikan dan dipersepsi dengan benar oleh komunikan agar sesuai dengan apa yang diinginkan komunikator. Ketika penggunaan bahasa daerah menjadi suatu yang penting maka individu harus mempertimbangkan hal tersebut. Kedua, dalam konteks sosial, agen-pengubah berfungsi sebagai mata rantai komunikasi antar dua atau lebih suatu sistem sosial yang berujung pada adanya perubahan perilaku pada komunitas. Kerangka atau koridor ilmu komunikasi dalam menganalisis penelitian Retno dan kawan-kawan menjadi sebuah persamaan yang akan dianalisis dalam penelitian ini, dimana elemen-elemen komunikasi akan menjadi tolak ukur keberhasilan komunikasi kesehatan. Sedangkan perbedaannya, penelitian ini sampai pada evaluasi program kesehatan seksual.

Selanjutnya, pada tahun 2001, Margareth Waithaka dalam penelitiannya yang berjudul *Sexual Behavior and Condom Use in the Context of HIV Prevention in*



*Kenya* menjelaskan tentang hubungan antara promosi kondom dan pengetahuan tentang AIDS melalui media. Temuan yang dihasilkan diantaranya yaitu bahwa peran media massa sangatlah penting dalam mengubah perilaku seseorang. Jika dibandingkan, pengetahuan AIDS yang diberikan petugas kesehatan, responden lebih terpengaruh pada peran media massa. Selain itu, perlu perencanaan yang matang dalam mempromosikan kondom karena masalah ini tidak sederhana. Untuk mencapainya, penelitian menunjukkan bahwa pendekatan yang paling efektif adalah berbasis target audiens, baik dalam segi format, saluran maupun konteks. Penelitian *Waithaka* ini hampir sama dengan penelitian *Hafrida* dan kawan-kawan, akan tetapi penelitian *Waithaka* dan kawan-kawan tidak sampai proses evaluasi. Penelitian ini sampai pada proses evaluasi, dimana diperlukan tolak ukur atau parameter untuk melihat tingkat keberhasilan sebuah program komunikasi kesehatan seksual.

Penelitian lain dilakukan oleh *Ida Setyorina* dengan judul *Opini Pekerja Seks Komersial Surabaya terhadap Penyuluhan HIV/AIDS* yang diakses pada 13 Januari 2012. Hal ini diteliti dengan latar belakang jumlah penderita HIV/AIDS di kalangan pekerja seks pada tahun 2010 menduduki peringkat teratas di Surabaya, walaupun telah ada penanganan sebelumnya. Pendekatan yang dilakukan adalah komunikasi kelompok dan komunikasi antar pribadi. Hasil dari penelitian ini yaitu opini para perempuan pekerja seks komersial terhadap penyuluhan dan penjangkauan, positif. Akan tetapi, mereka beropini negatif terhadap media cetak karena kebanyakan dari mereka tidak dapat membaca. Jadi, peranan media di sini ternyata tidak begitu berpengaruh dan komunikasi lisan lebih memegang peranan penting. Penelitian pada *Ida Setyorina* lebih menekankan pada penyuluhan HIV/AIDS sedangkan penelitian ini lebih berfokus pada promosi kesehatan IMS. Selanjutnya penelitian diatas lebih

mengarah pada survey-survey untuk mengetahui opini para PSK, sedangkan penelitian ini sampai pada tahap evaluasi apakah berhasil atau tidak program promosi kesehatan dari klinik IMS.

Pada tahun 2006, Barbara Shane dalam artikelnya yang berjudul *Encouraging Healthy Sexual and Reproductive Health Behaviors* merangkum hal-hal apa saja yang dihasilkan dari keberhasilan dan kegagalan intervensi komunikasi kesehatan. Hal-hal tersebut diantaranya, perlunya rencana strategis untuk pengembangan, implementasi, dan evaluasi. Kedua, harus berfokus pada individu dan lingkungan pembuat keputusan. Ketiga, intervensi komunikasi harus menjadi bagian penting dari strategi promosi kesehatan yang multi komponen. Persamaan dengan penelitian ini yaitu melihat pentingnya studi evaluasi agar program promosi kesehatan IMS lebih dapat ditingkatkan, sehingga tingkat kesadaran informan lebih meningkat. Sedangkan perbedaannya, penelitian ini lebih menekankan promosi kesehatan pada para pekerja seks komersial.

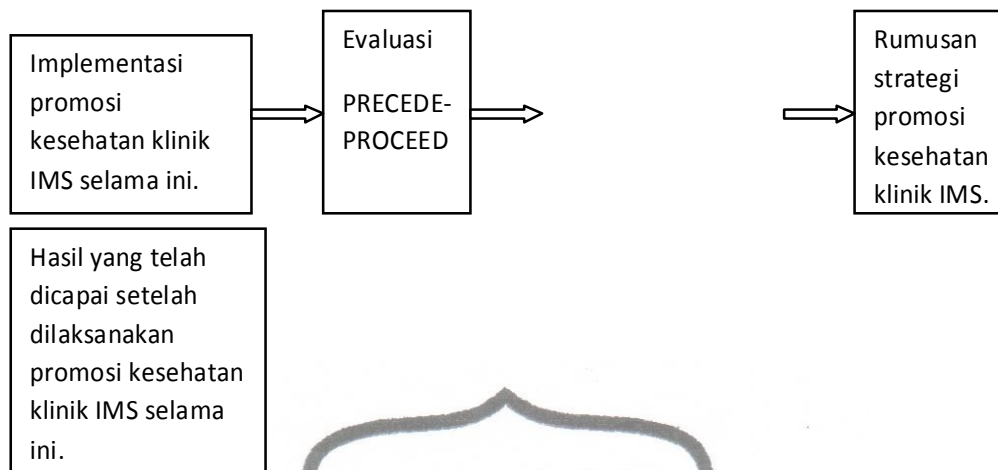
Secara keseluruhan, persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah sama-sama bertemakan promosi kesehatan yang ditelaah dengan teori-teori komunikasi yang relevan. Sedangkan perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian ini merupakan penelitian evaluatif yang berusaha mengkaji implementasi sebuah program promosi kesehatan yang telah dilakukan oleh Klinik IMS dengan tidak menghususkan pada salah satu program saja.

### C. Kerangka Berpikir

Perencanaan  
promosi  
kesehatan klinik  
IMS selama ini.

*commit*

Hal-hal yang  
mendukung atau  
menghambat  
keberhasilan  
program promosi  
kesehatan klinik



Gambar 2.3. Kerangka Berpikir

Penelitian ini melihat Klinik Infeksi Menular Seksual Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas telah memiliki sebuah program komunikasi kesehatan seksual pada komunitas Pekerja Seksual Komersial (PSK) yang sudah disusun dan dijalankan. Dalam penelitian ini peneliti akan mengamati program promosi kesehatan seksual tersebut dan kemudian akan mengevaluasi program tersebut. Dari evaluasi yang dilakukan maka akan diperoleh hasil evaluasi yang nantinya dapat menjadi masukan untuk program promosi kesehatan seksual yang baru.

**D. Matrikulasi Parameter Keberhasilan Promosi Kesehatan**

Evaluasi	Parameter
1. Komunikator	1. Petugas kesehatan mengikuti pelatihan mengenai IMS dan latar belakang pendidikan bidang kesehatan seperti dokter, perawat, bidan dan laboran. 2. Petugas kesehatan mampu menunjukkan daya tarik dengan sopan dan penuh pengertian dalam pelayanan medis. 3. Petugas kesehatan mampu menumbuhkan perilaku kepatuhan PSK dalam berperilaku seksual yang aman.
2. Media	1. Penggunaan media visual 2. Penggunaan media audio 3. Penggunaan media audiovisual

*commit to user*

3. Pesan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesan kesehatan harus dirancang dan disampaikan sedemikian rupa agar menarik perhatian PSK.</li> <li>2. Pesan kesehatan yang disampaikan harus membangkitkan keinginan pribadi PSK untuk berperilaku seksual yang aman.</li> <li>3. Pesan yang disampaikan oleh petugas IMS menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh PSK.</li> </ol>
4. Komunikasikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PSK dapat dan benar-benar mengerti isi pesan yang disampaikan petugas IMS.</li> <li>2. Pada saat mengambil keputusan berperilaku seksual yang aman, PSK sadar bahwa keputusannya itu bersangkutan dengan kesehatan organ genitalnya.</li> <li>3. PSK mampu menepatinya keputusannya baik secara mental maupun fisik.</li> </ol>



#### **A. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada dua tempat, yaitu pertama, Klinik IMS Puskesmas Baturraden II Kabupaten Banyumas. Klinik IMS Puskesmas Baturraden II merupakan klinik yang ditunjuk dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas dan GF ATM untuk melayani kesehatan dan konsultasi segala keluhan penyakit infeksi menular seksual dimana belum ada klinik yang memberikan pelayanan yang sama di wilayah Kabupaten Banyumas.

Tempat penelitian kedua yaitu pada lokalisasi Gang Sadar yang terletak di Desa Karangmangu, Kecamatan Baturraden. Lokalisasi ini masuk dalam sasaran program Klinik IMS Baturraden II semenjak pertama kali kepengurusan Gang Sadar dibentuk.

Penelitian ini dilaksanakan selama empat bulan terhitung mulai bulan Juni 2012 sampai dengan September 2012. Pada bulan Juni hingga pertengahan bulan Juli, peneliti melakukan survey dan pengambilan data awal pada para PSK. Selama pertengahan Juli hingga pertengahan Agustus, peneliti mengambil data pada staff klinik IMS karena selama kurun satu bulan tersebut adalah bulan puasa dimana para PSK tidak melakukan transaksi dan mereka pulang ke kampung halaman masing-masing. Setelah waktu tersebut, peneliti melanjutkan pengambilan data di Gang Sadar dan dilanjutkan dengan analisis data dan hasil. Satu bulan selanjutnya adalah waktu digunakan peneliti untuk membuat keseluruhan laporan hasil penelitian.

## **B. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian evaluasi. Daniel L Stufflebeam menyatakan bahwa evaluasi merupakan suatu proses memperoleh dan menyajikan informasi yang berguna untuk mempertimbangkan alternatif-alternatif pengambilan keputusan. Sedangkan tujuan evaluasi itu sendiri adalah untuk mengetahui pencapaian tujuan suatu hal atau program dengan langkah mengetahui keterlaksanaan kegiatan program.

Dari definisi tersebut dapat ditemukan tiga point dasar dalam studi evaluasi, antara lain :

*commit to user*

- 1) Evaluasi adalah suatu proses sistematis yang berkelanjutan
- 2) Proses ini meliputi tiga langkah yang sangat penting, yaitu menyatakan pertanyaan yang membutuhkan jawaban spesifik dan menetapkan informasi yang akan diperoleh, memperoleh data yang relevan serta memberikan informasi yang potensial dalam keputusan alternatif untuk meningkatkan atau memodifikasi program yang sedang berjalan.
- 3) Evaluasi tersebut mendukung proses pengambilan keputusan dengan memungkinkan adanya pemilihan alternatif dan juga dapat menindaklanjuti konsekuensi dari sebuah keputusan ( dalam Isaac dan Michael, 1985:6 ).

Model evaluasi yang akan digunakan pada penelitian ini adalah model PRECEDE-PROCEED dengan pendekatan kualitatif. Model ini dikenal sebagai model yang paling cocok diterapkan pada perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan. Selain itu, model ini dianggap lebih berorientasi praktis. PRECEDE digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas dan tujuan program. Sedangkan PROCEED digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, pelaksanaan, dan evaluasi ( Green,1991 ). Dalam aplikasinya, model ini dilaksanakan secara bersama-sama dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### C. Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu ;

#### 1. Data Primer :

- a. Informan : petugas klinik IMS Baturraden II, pekerja seks komersial di lingkungan Gang Sadar Kecamatan Baturraden.

- b. Kondisi riil : observasi pada saat penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh klinik IMS Baturraden II.

## 2. Data sekunder

- a. Studi literature: brosur dan buku-buku yang berkaitan dengan program promosi kesehatan yang pernah dilakukan.
- b. Referensi : data, buku pedoman, iklan, foto, video, rekaman audio, dan data tertulis lainnya dari klinik IMS

## D. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Pengamatan atau Observasi

Pengamatan atau observasi adalah kegiatan keseharian manusia dengan menggunakan pancaindera mata sebagai alat bantu utamanya selain pancaindera lainnya seperti telinga, penciuman, mulut, dan kulit (Bungin, 2001:142).

Sanafiah Faisal (dalam Sugiyono, 2008:64) mengklasifikasikan observasi menjadi tiga, yaitu:

- a) Observasi partisipatif, yaitu peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau yang sedang digunakan sebagai sumber penelitian.
- b) Observasi terang-terangan dan tersamar, yaitu peneliti dalam melakukan pengumpulan data menyatakan terus terang kepada sumber data bahwa ia sedang melakukan penelitian, namun dalam suatu saat peneliti juga tidak terus terang atau tersamar dalam observasi. Hal ini untuk mengantisipasi kalau suatu data yang dicari merupakan data yang masih dirahasiakan.

- c) Observasi tidak terstruktur, yaitu dilakukan dengan tidak terstruktur karena fokus penelitian belum jelas. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik observasi terang-terangan dan tersamar dengan mengikuti kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan sosialisasi program promosi kesehatan.

## 2. Wawancara Mendalam

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewed*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong, 2007). Wawancara dilakukan dengan maksud mengkonstruksi mengenai orang, kejadian, kegiatan, organisasi, perasaan, motivasi, mengkonstruksi masa lalu, memproyeksikan apa yang diharapkan untuk dialami pada masa yang akan datang dan memperluas informasi yang diperoleh dari orang lain. Wawancara dibagi menjadi dua: wawancara terstruktur dan wawancara tak terstruktur atau disebut juga wawancara mendalam.

Wawancara pertama dilakukan dengan narasumber dengan para PSK, PSK yang dipilih adalah mereka yang telah mendapat berbagai macam program promosi kesehatan dari klinik IMS. Program yang dimaksud adalah penyuluhan IMS untuk keseluruhan di aula GS, program Peer Education (PE), pemberian brosur dan leaflet, alat kontrasepsi berupa kondom pria dan wanita serta pelayanan di klinik IMS tersebut. Wawancara berisi seputar penyuluhan, konseling, perlakuan sikap dan cara berkomunikasi dari pihak klinik.

Tabel 3.1. Narasumber PSK

No	Nama informan	Umur (tahun)	Status	Lama Tinggal di GS	Tingkat Pendidikan
1.	Yanti	27	Janda	2 bulan	SLTA
2.	Lola	31	Janda	2 bulan	SMP

*commit to user*



3.	Bunga	23	Kawin	8 bulan	SLTP
4.	Novie	21	Belum menikah	1 tahun	SMA
5.	Rini	22	Belum menikah	2 tahun	SLTP
6.	Dewi	23	Cerai	1,5 tahun	SLTP

- Keenam nama tersebut adalah samaran, namun data informan yang lainnya adalah benar adanya.

Wawancara kedua dilakukan dengan pihak klinik IMS. Wawancara yang mengambil informan dengan teknik *purposive sampling* ini, menetapkan lima orang dari Puskesmas yang paham betul mengenai promosi kesehatan di klinik IMS. Informan ini adalah kepala Puskesmas Baturraden, dokter yang bertanggung jawab langsung di klinik IMS, bidan, staff administrasi dan laboran. Wawancara yang dilakukan berisi seputar bagaimana, kapan, serta cara mereka memberi penyuluhan dan konseling dalam rangka promosi kesehatan.

Wawancara ketiga dilakukan pada satu orang informan yang bertugas pada seksi kesehatan Paguyuban PAGERTEPI Gang Sadar. Informan ini juga ditetapkan sebagai penjangkau PSK oleh pihak klinik IMS. Tanpa adanya penjangkau, pihak klinik akan sangat sulit bertemu dengan PSK.

Tabel 3.2. Narasumber Klinik IMS Baturraden

NO	NAMA	L/P	PEKERJAAN
1.	Wahyanto, S.Km. M.Kes.	L	Kepala Puskesmas Baturraden II sekaligus Penanggung Jawab Klinik IMS Baturraden.
2.	Bidan Lela Sufiana	P	Bidan Klinik IMS Baturraden
3.	Harini Puji Lestari, S.Km	P	Staf Administrasi Klinik IMS Batturraden
4.	dr.Joko Adi Pamungkas	L	Dokter Klinik IMS Baturraden
5.	Rosmaida Br. Malango (Ida)	L	Perawat Klinik IMS Baturraden
6.	Darkim	L	Seksi Kesehatan Paguyuban Pagertepi Gang Sadar

### 3. Studi Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen dapat berbentuk tulisan (catatan harian, sejarah kehidupan, cerita, biografi, peraturan, kebijakan), gambar (foto, gambar hidup, sketsa dan lain-lain), atau karya monumental dari seseorang (gambar, patung dan lain-lain) (Sugiyono, 2008:240). Penelitian ini menggunakan dokumentasi yang berbentuk artikel, buku-buku teks, pamphlet dan leaflet, jurnal serta website yang menunjang penelitian.

#### **E. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data**

Triangulasi menurut Moleong (2007:330) adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Ada empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori.

Penelitian ini menggunakan triangulasi sumber, yang berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif (Patton, dalam Moleong, 2007:330). Peneliti melakukan pembandingan antara hasil data dengan pengamatan secara langsung dengan hasil wawancara dengan hasil wawancara dan dokumen yang berkaitan. Triangulasi sumber dapat dilakukan dengan cara:

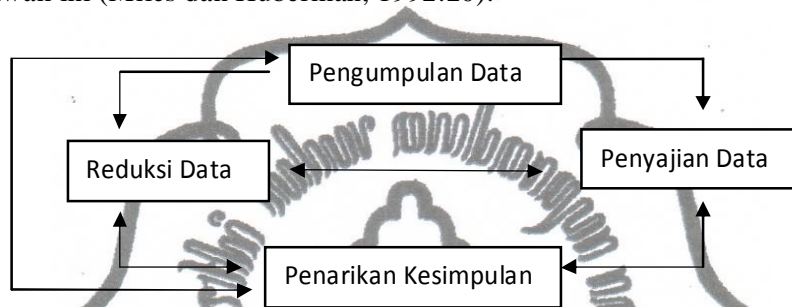
- a) Membandingkan data hasil pengamatan dengan data wawancara.
- b) Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan (Rakhmat, 2001:37)

## F. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengatur urutan data, mengorganisasikan dalam suatu pola kategori dan satuan uraian dasar (Patton dalam Moleong, 2007:103). Analisis yang digunakan adalah analisis interaktif (Miles dan Huberman, 1992:19). Metode analisis ini mengaitkan tiga komponen pokok analisis data, yaitu reduksi data, penyajian data serta penarikan kesimpulan. Sebelum masuk dalam reduksi data diawali dengan pengumpulan dan pengambilan data dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu wawancara, pengamatan yang sudah ditulis dalam catatan lapangan, dokumentasi pribadi, gambar, foto, dan sebagainya. Setelah tahap pengumpulan data, dimulailah tahapan analisis data berupa:

- a) Reduksi data, yaitu proses seleksi pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data “kasar” yang muncul dari berbagai catatan tertulis di lapangan. Reduksi merupakan bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisir data.
- b) Penyajian data, yaitu kumpulan informasi yang tersusun dan memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan penyajian data maka peneliti akan dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan berdasarkan pengalaman tentang penyajian data.
- c) Penarikan kesimpulan (diversifikasi), dalam proses ini peneliti mulai melakukan interpretasi yaitu memberikan makna pada data atau informasi yang telah disajikan. Proses analisis ini berjalan terus menerus seperti sebuah siklus.

Ketiga komponen tersebut merupakan suatu siklus yang saling berinteraksi satu sama lain. Komponen-komponen tersebut sangat penting bagi peneliti untuk memperoleh suatu kesimpulan yang akurat dan signifikan. Dalam hal ini juga terkandung pengertian bahwa analisis data kualitatif merupakan upaya berlanjut, berulang-ulang dan terus menerus. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini (Miles dan Huberman, 1992:20):



Berdasarkan gambar diagram di atas, peneliti dalam penelitiannya akan menggunakan masing-masing komponen tersebut secara bersamaan. Hal ini dikarenakan dalam proses analisis data ini setiap komponen bertindak secara interaktif. Peneliti harus siap bergerak di antara tiga komponen utama selama pengumpulan data, selanjutnya bergerak bolak-balik dari reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan selama sisa waktu penelitiannya.



#### BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 1. Profil Puskesmas Baturraden II.

Puskesmas II Baturraden terletak di wilayah Kecamatan Baturaden, Kabupaten Banyumas dengan luas 1581273000 Ha. Puskesmas II Baturraden membawahi enam desa yang ada di Kecamatan Baturraden. Desa Karang Salam merupakan desa yang paling luas yaitu sekitar 50960500 Ha, sedangkan desa Pandak merupakan desa yang paling sempit yaitu sekitar : 8736000 Ha.

Letak geografis Puskesmas II Baturraden berbatasan dengan wilayah:

- Di sebelah utara : PERHUTANI Banyumas Barat

*commit to user*

- Di sebelah selatan : Puskesmas Purwokerto Utara
- Di sebelah barat : Puskesmas I Baturraden
- Di sebelah timur : Puskesmas I dan II Sumbang

Wilayah Puskesmas II Baturraden 65% merupakan daerah dataran tinggi (Pegunungan) sedangkan 35% lainnya merupakan daerah dataran rendah, terpapar pada 25-100 m dari permukaan laut. Luas penggunaan lahan di wilayah kerja Puskesmas II Baturraden terdiri atas :

- Tanah sawah : 432.214 Ha
- Tanah Pekarangan : 167621 Ha
- Tanah tegalan : 269392 Ha
- Tanah perkebunan : 5000 Ha
- Tanah hutan : 5180 Ha
- Tanah kolam : 4.073.399 Ha
- Tanah lain-lain : 62826 Ha



Gambar 4.1. Puskesmas Baturraden II

## 1.1 Pembangunan Kesehatan Puskesmas Baturraden II

### a. Program

*commit to user*

Mengacu pada tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 tersebut, Puskesmas II Baturraden mengacu pada ketentuan peraturan daerah Kabupaten Banyumas Nomor : 2 tahun 2001 tentang program pembangunan daerah (PROPERDA) Kabupaten Banyumas tahun 2002-2007 yaitu : Pembangunan di bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial yang diarahkan pada masih rendahnya derajat kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat dalam wilayah Puskesmas II Baturraden.

Visi pemerintah Kabupaten Banyumas seperti yang tercantum dalam Instruksi Bupati Banyumas No. 9 tahun 1999 tentang Pelaksanaan Akuntabilitas Kinerja Instansi di Lingkungan Pemerintahan Kabupaten Banyumas yaitu “**Banyumas Dalam Kemandirian**”. Untuk mendukung visi tersebut, maka Puskesmas II Baturraden menetapkan visi dan misinya sebagai berikut:

#### **b. Visi, Misi dan Faktor Kunci Keberhasilan**

- **Visi**

“Menjadi Puskesmas wisata bermutu tinggi dan terbaik di Propinsi Jawa Tengah serta terdepan dalam mewujudkan Kecamatan Baturraden sehat”

- **Misi**

1. Menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat serta wisatawan yang bermutu tinggi sesuai dengan Akreditasi/Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008
2. Meningkatkan kemampuan dan profesionalitas sumber daya manusia.
3. Meningkatkan kesejahteraan pihak-pihak lain yang terkait.

#### **c. Filosofi**

*commit to user*

Kesembuhan dan keputusan pelayanan serta kesehatan masyarakat adalah kebahagiaan kami.

#### **d. Faktor-Faktor Kunci Keberhasilan**

- Paradigma sehat dapat mendorong terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan.
- Kesehatan dan kesejahteraan sosial merupakan kebutuhan bagi masyarakat
- Meningkatkan peran serta masyarakat dalam menangani masalah kesehatan dan kesejahteraan sosial
- Pada dasarnya orang/manusia mau berubah Semua karyawan di lingkungan Puskesmas II Baturraden mempunyai pengetahuan yang cukup untuk melaksanakan tugas pelayanan kepada masyarakat.
- Bekerja dengan loyalitas dan integritas yang tinggi, jujur, disiplin di landasi ibadah.

#### **e. Tujuan dan Sasaran**

##### **e.1. Tujuan**

###### **▪ Tujuan Umum**

Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan sosial seluruh lapisan masyarakat dalam wilayah kerja Puskesmas II Baturraden.

###### **▪ Tujuan Khusus**

- a. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mengatasi masalah dan kesejahteraan sosial.
- b. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam menciptakan lingkungan sehat.

*commit to user*



- c. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
- d. Meningkatkan upaya pembinaan kesehatan keluarga

## e.2. Sasaran

### 1.Sasaran Sektor Kesehatan

- a. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat baik di dalam rumah tangga, sekolah, tempat kerja, tempat umum maupun institusi kesehatan sendiri.
- b. Terwujudnya forum yang menjadi kerja sama lintas program maupun lintas sector.
- c. Tercapainya permukiman yang memenuhi syarat kesehatan di pedesaan.
- d. Tercapainya pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan.
- e. Meningkatkan cakupan pengguna air bersih pedesaan serta tercapainya kualitas bakteriologis air minum dan air bersih.
- f. Meningkatkan jumlah, efektifitas dan efisiensi penggunaan biaya kesehatan.
- g. Mencegah dan menggunakan peredaran sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak absah/illegal.
- h. Tercapainya kebijakan kesehatan yang mendukung informasi di bidang kesehatan.
- i. Berjalannya system perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral dalam mendukung desentralisasi

- j. Makin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi yang digunakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, gizi, pemberdayaan obat, pemberantasan penyakit menular dan perbaikan ekonomi kesehatan untuk membantu upaya-upaya mengoptimalkan pemanfaatan pembiayaan dari pemerintah dan swasta.
- k. Makin meningkatnya penelitian di bidang social budaya dan perilaku hidup sehat untuk mengurangi masalah kesehatan.

## 1.2 Sasaran Sektor Kesejahteraan Sosial

- a. Meningkatkan taraf kesejahteraan sosial masyarakat khususnya penyandang masalah kesejahteraan sosial yaitu fakir miskin, keluarga rawan sosial ekonomi, anak dan remaja terlantar, lanjut usia terlantar serta pemimpin nilai-nilai kepeloporan, kepentingan dan kepahlawanan.
- b. Mengembalikan dan meningkatkan kemampuan warga masyarakat baik perorangan maupun kelompok penyandang masalah kesejahteraan sosial (anak jalanan, penyandang cacat, anak nakal, wanita tuna susila, tuna karya, tuna wisma, bekas narapidana, bekas penyandang penyakit kronis dan penyalahgunaan narkoba).
- c. Mewujudkan dan mengembangkan peran serta masyarakat baik secara perorangan maupun kelompok dalam pelayanan dan penerangan masalah kesejahteraan social secara efektif, terorganisasi, yang meliputi organisasi karang taruna dan pantisosial swasta (PSM) yayasan organisasi dan panti sosial swasta.

d. Menolong dan menyelamatkan korban bencana alam, bencana kerusuhan dan bencana lainnya melalui berbagai bantuan untuk memulihkan kembali fungsi sosialnya dengan sasaran korban terkena musibah bencana.

### 1.3 Cara Pencapaian Tujuan Dan Sasaran

- **Sektor Kesehatan**

- 1) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigm sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan/promosi kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa meninggalkan upaya penyembuhan/pengobatan dan rehabilitasi.
- 2) Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan.
- 3) Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, meningkatkan kualitas program keluarga berencana.
- 4) Memberantas secara sistematis penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan obat-obatan terlarang termasuk alkohol/miras.

- **Sektor Kesejahteraan Sosial**

- 1) Mengembangkan kelakuan social yang mampu member bantuan penyelamatan dan pemberdayaan terhadap penyandang masalah kesejahteraan social.

- 2) Membangun aspirasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga masalahnya serta memanfaatkan pengalamannya.
- 3) Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar secara kelompok dan penyediaan lapangan kerja seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial.

#### 1.4. Program dan Kegiatan

Untuk mendukung tercapainya program pembangunan di bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial maka telah ditetapkan kegiatan tahun anggaran 2011 sebagai berikut :

a. Sektor Kesehatan

- 1) Program perilaku hidup bersih dan sehat
  - a. Peningkatan kualitas PHBS.
  - b. Peningkatan kinerja Posyandu.
  - c. Pendataan UKBM.
- 2) Program Penyehatan Lingkungan
  - a. Peningkatan kualitas lingkungan pemukiman.
  - b. Surveilans air.
  - c. Klinik Sanitasi.
  - d. Pembinaan dan penyuluhan kesehatan ke tempat kerja industri yang belum memenuhi syarat kesehatan.
  - e. Klinik sanitasi.
  - f. Penyusunan profil kesehatan.
  - g. Stimulan sanitasi dasar (jamban keluarga).
- 3) Program Upaya Pelayanan Kesehatan

- a. Peningkatan kelembagaan dana sehat.
  - b. Peningkatan alat kesehatan untuk Puskesmas Keliling.
  - c. Pengembangan Puskesmas Keliling paradigma baru.
  - d. Peningkatan sarana dan prasarana di Puskesmas Keliling.
  - e. Meningkatkan dengan KIA program KHPPIA.
  - f. Peningkatan mutu pelayanan KIA.
  - g. Pemberantasan penyakit menular.
  - h. Peningkatan status gizi balita dalam rangka program KHPPIA.
  - i. Peningkatan surveilans dan pencegahan penyakit termasuk imunisasi program KHPPIA.
  - j. Pemberantasan penyakit malaria.
  - k. Peningkatan kesehatan lansia.
- 4) Program Pengawasan Obat dan Makanan
- a. Kegiatan sosialisasi, dialog interaktif, pengawasan, dan pemantauan obat dan makanan.
  - b. Pengawasan dan pembinaan pada toko dan warung-warung penjual obat dan makanan.
  - c. Pembinaan penyuluhan tentang penyalahgunaan obat dan bahan berbahaya kepada masyarakat.
  - d. Pemantauan/pengawasan penyehatan makanan.
- 5) Program Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan
- a. Kegiatan dokter kecil.
  - b. Pelatihan kader kesehatan.
- 6) Program Peningkatan Kesehatan Gizi dan KB

- a. Peningkatan status gizi perempuan.
- b. Dialog interaktif bahaya penggunaan obat-obatan berbahaya.

### 1.5 Akuntabilitas Kinerja.

#### 1. Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja merupakan hal penting dalam manajemen secara keseluruhan. Karena kinerja yang teratur akan dapat mendorong pencapaian kinerja tersebut, juga dapat digunakan untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran.

Indicator yang digunakan dalam pengukuran kinerja sesuai program yang disepakati, seperti tercantum dalam perencanaan strategik pada kesehatan dan kesejahteraan sosial tahun 2009

#### 1.6 Evaluasi Kinerja

Berdasarkan realisasi dari rencana yang ditetapkan yang sesuai indicator kinerja pada umumnya seluruh kegiatan pada Puskesmas II Baturraden tahun 2011 tercapai 100% dari rencana yang ditetapkan.

Beberapa kegiatan strategis yang direncanakan tidak terlaksana antara lain :

- a. Program peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) :
  - Pendataan PHBS
  - Pelatihan PHBS bagi institusi pendidikan SD/MI, Ponpes, Panti Asuhan.
  - Fasilitasi Program PHBS ke desa dalam wilayah
  - Pendataan UKBM.

#### b. Program Penyehatan Lingkungan

- Inspeksi sanitasi sarana air bersih
- Penyuluhan dan pembinaan pompa air
- Pemantauan dan pengendalian kualitas kesehatan lingkungan
- Inspeksi sanitasi TTU
- Klinik sanitasi
- Pemeriksaan dan pengawasan tempat hiburan dan rekreasi (lokawisata)
- Stimulan sanitasi desa (jamban keluarga)

#### c. Program Upaya Pelayanan Kesehatan

- Pertemuan perencanaan program dan evaluasi kerja.
- Penyuluhan program pada kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, dukun bayi, dan kader pada BUMIL RESTI.
- Pemantauan kasus penyakit menular.
- Pemeriksaan siswa SD/MI.

## 2. Profil Klinik IMS Puskesmas Baturraden II

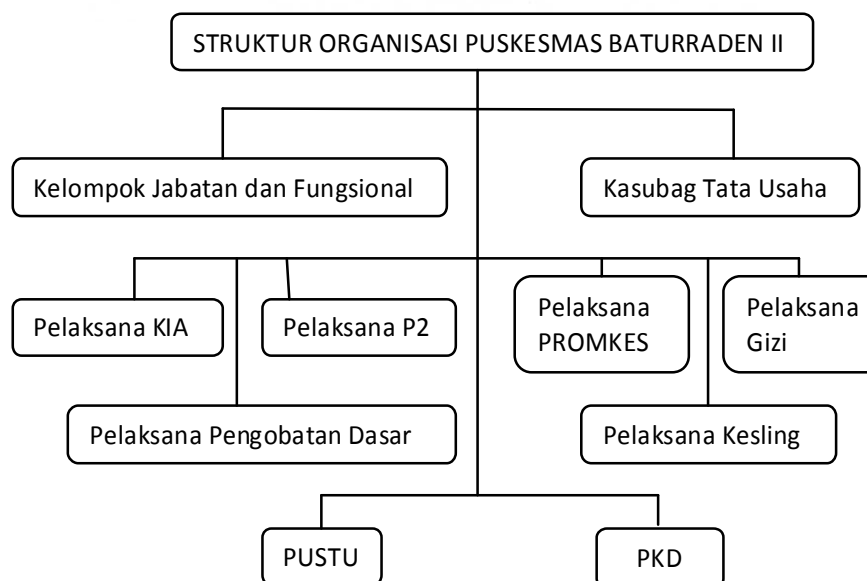
Klinik IMS merupakan Klinik Infeksi Menular Seksual yang bertujuan untuk mencegah, melayani, dan mengobati keluhan kesehatan seksual masyarakat. Pendirian klinik ini selain ditujukan kepada masyarakat luas, lebih diutamakan kepada mereka yang memiliki resiko tinggi terkena penyakit menular seksual seperti istri yang sering ditinggal pergi kerja suami dalam jangka waktu yang lama, sopir yang sering berkendara jarak jauh

dengan tingkat stress yang tinggi, Pekerja Seks Komersial, dan laki-laki yang suka “menggunakan” jasa para PSK.

Klinik tersebut pada awalnya digagas pada bulan April 2005 dengan dikepalai oleh dr. Siti Farida yang sekaligus kepala Puskesmas Baturraden II pada waktu itu. Pendirian klinik ini merupakan instruksi dari Dinas Kesehatan dan segala kegiatannya dibiayai oleh GF-ATM (Global Fund-AIDS, Tuberculosis, Malaria). Pada tahun yang sama, klinik IMS mengirimkan staffnya untuk kemudian dilatih selama enam hari di LRC Semarang. Kegiatan pelatihan tersebut diadakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan FHI (Family Health International) Jakarta.

Klinik IMS tidak berdiri sendiri, namun terintegrasi dengan Puskesmas Baturraden II dan berada pada unit stuktur pengobatan dasar yang tertera pada struktur organisasi Puskesmas Baturraden II.

Bagan Struktur Organisasi Puskesmas Baturraden II



*commit to user*



Wilayah Baturraden memiliki lokalisasi PSK yang disinyalir kegiatan prostitusinya sangat tinggi di Kabupaten Banyumas. Didasarkan pada pertimbangan inilah, akhirnya klinik IMS didirikan dengan harapan dapat menekan angka peningkatan penularan IMS dan HIV/AIDS secara signifikan.



Gambar 4.2. Klinik IMS yang diapit Puskesmas Baturraden II dan Ruangan Jampersal.

Klinik ini memiliki program unggulan yaitu menjangkau para PSK yang termasuk dalam lokalisasi Gang Sadar yang terletak pada RT 07 RW 02 Desa Karangmangu Kecamatan Baturraden. Penjangkauan ini bertujuan untuk mencegah PSK terkena IMS karena IMS merupakan pintu gerbang masuknya virus HIV/AIDS. Dengan biaya pengobatan yang sangat terjangkau yaitu antara Rp 10.000 hingga Rp 20.000, pasien mendapatkan pelayanan dan pengobatan yang dilakukan setiap hari dinas yaitu Senin sampai Sabtu.

Memang GF-ATM memberikan banyak sekali sarana dan prasarana termasuk juga insentif untuk para petugas yang berada dalam klinik IMS, akan tetapi untuk anggaran promosi GF-ATM tidak mengalokasikannya sehingga hal inilah yang menjadi kendala utama dalam kelancaran program promosi. Sementara itu, Dinas Kesehatan Kabupaten, hanya menyalurkan bantuan pengadaan leaflet saja. Pengadaan baliho dan spanduk merupakan inisiatif pihak Puskesmas Baturraden II dengan anggaran pribadi.

*commit to user*

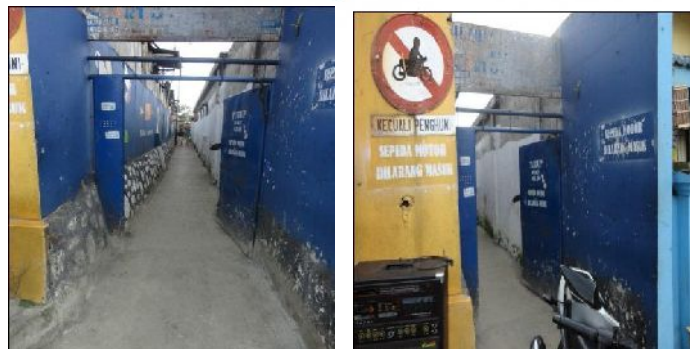
### 3. Profil Gang Sadar Baturraden

Gang Sadar (GS) merupakan sebuah lokalisasi yang cukup besar yang terletak di Desa Karangmangu, Kecamatan Baturraden, Kabupaten Banyumas. Lokalisasi ini terbentuk pada awal tahun 1992. Waktu itu kegiatan prostitusi sudah mulai berjalan, namun belum terorganisasi dengan baik karena belum dibentuk kepengurusan. Baru terhitung tahun 1997 dibentuk kepengurusan yang bernama PAGERTEPI, yang merupakan singkatan dari Paguyuban RT 7 (baca: *pitu*, dalam bahasa Jawa). Kepengurusan tersebut terdiri atas ketua, sekretaris, bendahara, bidang humas, bidang keamanan, bidang kesehatan, dan bidang usaha. Kepengurusan Pagertepi berfungsi untuk membina dan membimbing PSK agar paham tentang bahaya IMS dan bagaimana cara pencegahannya. Program-program yang dicanangkan adalah pemeriksaan kesehatan rutin di klinik IMS Puskesmas Baturraden II setiap Selasa dan Kamis untuk para PSK, dan setiap tanggal 10 diadakan pertemuan untuk para “papi” dan “mami” (pemilik kos) dari PSK dengan tujuan mengingatkan peraturan-peraturan yang telah dibuat oleh PAGERTEPI.

Selain itu, setiap tanggal 20 diadakan penyuluhan tentang IMS pada para PSK dengan tujuan mengingatkan tentang bahaya IMS dan segala macam pencegahannya. Biasanya penyuluhan diisi oleh petugas bidang kesehatan dan dari klinik IMS. Komunitas GS sendiri terbagi menjadi dua lokasi yaitu GS 1 dan GS 2. Kedua lokasi tersebut masih bertempat di satu desa, namun hanya terpisah RT. Jumlah total mereka yang berprofesi sebagai

PSK berkisar antara 140 hingga 150 orang. Sedangkan komunitas GS terdiri atas beberapa elemen diantaranya PSK itu sendiri sebagai penghuni kos, pengurus Paguyuban PAGERTEPI, mucikari (papi/mami/pemilik kos), calo/penghubung tamu, preman, tukang ojek, serta pembantu rumah tangga. Wilayah GS merupakan wilayah khusus karena seluruh warganya mencari nafkah dari sector jasa seks. Terdapat empat puluh rumah pada GS 1 dan GS 2, sekitar lima puluh penghubung tamu dan tiga puluh preman pada kedua lokalisasi tersebut.

Pada lokalisasi GS 2 terdapat sebuah aula bagi komunitas GS, digunakan untuk setiap kali mereka melakukan pertemuan dan penyuluhan. Ide pembangunan aula ini digagas oleh komunitas GS dan Paguyuban PAGERTEPI. Tahun 2005 pembangunan aula mulai dirintis dengan membeli sebidang tanah hingga akhirnya selesai pada bulan maret 2010, dengan menghabiskan biaya mencapai 200 juta rupiah.



Gambar 4.3. Pintu Masuk Lokalisasi Gang Sadar

## B. Implementasi strategi promosi kesehatan Klinik IMS Baturraden

Layanan kesehatan IMS merupakan kegiatan pemeriksaan dan pengobatan rutin masalah IMS bagi pekerja seks perempuan, laki-laki dan waria. Kegiatan ini dilaksanakan di puskesmas atau puskesmas pembantu atau klinik swasta yang sudah ada di wilayah terdekat dengan konsentrasi sebaran populasi beresiko. Adapun layanan kesehatan IMS mempunyai fungsi kontrol terhadap penularan IMS agar penularan IMS pada sub populasi beresiko dapat dipersempit.

Klinik IMS Baturraden II merupakan satu-satunya klinik di wilayah Banyumas yang ditunjuk untuk menangani kegiatan tersebut. Sesuai dengan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh KPA, kegiatan yang harus dilakukan klinik ini cukup beragam, diantaranya melaksanakan kegiatan pencegahan seperti promosi kondom dan seks aman, memberikan layanan pemeriksaan dan pengobatan bagi mereka yang telah tertular IMS, memberikan layanan KIE tentang mitos penggunaan obat-obat bebas untuk mencegah atau mengobati IMS, serta memberikan layanan konseling, pemeriksaan, dan pengobatan bagi pasangan tetap klien pekerja seksual melalui system partner notification.

Pada program ini, pencegahan harus dapat mencapai 80% dan menghasilkan perubahan perilaku pada 60% dari kelompok beresiko tinggi. Oleh karena itu, dalam perencanaannya, program promosi kesehatan sebagai tindakan pencegahan harus dapat dirancang sebaik mungkin melalui metode dan cara yang tepat. Strategi promosi kesehatan yang dilakukan Klinik IMS Baturraden II ini memang merujuk pada ketentuan yang telah disepakati,

seperti dijelaskan di atas. Akan tetapi pada pelaksanaannya disesuaikan dengan situasi, kondisi dan lingkungan yang melingkupi target promosi, dalam kasus ini targetnya adalah PSK di lokalisasi GS. Dalam kegiatannya, Klinik IMS mendapat dukungan dari berbagai pihak seperti Dinas Kesehatan berupa pamflet, leaflet dan media lainnya. Tidak jarang pula dari pihak LSM LPPSLH juga memberikan bantuan berupa alat peraga KIE dan kondom.

Tidak mudah untuk membuat sebuah strategi promosi karena faktor utama mereka melakukan profesi sebagai PSK tersebut adalah faktor ekonomi, walaupun ada juga faktor lainnya seperti *broken home* dan tidak cocok dengan pasangan. Dikatakan oleh informan Darkim, selaku penanggungjawab bidang kesehatan PAGERTEPI:

*“Di sini tempat berkumpulnya orang dengan berbagai macam persoalan. Ada yang karena tidak punya uang, masalah rumah tangga, berselisih dengan orang tua, berselisih dengan pacarnya, macam-macam lah.”*

Diungkap pula oleh informan Wahyanto selaku Kepala Puskesmas II Baturraden :

*“Memang permasalahan dengan PSK gampang-gampang sulit. Kami secara periodik melakukan penyuluhan pada mereka, dari jumlah 170an yang datang hanya sedikit dan kelihatannya juga tidak tertarik untuk datang ke pertemuan. Jadi kami pesimis program tersebut mengenai bagi mereka, apalagi angka IMS masih tetap tinggi.”*

Dasar keberhasilan promosi kesehatan memang sebaiknya didukung oleh berbagai faktor, salah satunya adalah menciptakan sebuah komunikasi kesehatan yang baik. Di sini komunikasi harus dikelola, direncanakan dan dievaluasi dengan baik karena target promosi bukanlah objek yang pasif tetapi juga sebagai subjek. Menilik pada model yang

*commit to user*

ditawarkan oleh Green (1991) bahwa promosi kesehatan akan berakhir pada peningkatan kualitas kesehatan, maka yang terjadi adalah adanya proses komunikasi efektif yang bertujuan untuk mengubah perilaku suatu komunikasi atau individu. Pendekatan yang diterapkan seharusnya pendekatan perilaku yang diarahkan pada perilaku-perilaku sasaran yang paling masuk akal untuk diubah dan mempunyai dampak potensial paling besar terhadap masalah kesehatan.

Setelah menilik keterangan di atas, melakukan observasi dan wawancara, peneliti menyimpulkan bahwa implementasi strategi promosi yang dilakukan oleh Klinik IMS Baturraden selama ini diantaranya adalah penyuluhan, konseling, *peer education*, dan pemanfaatan media baik media cetak, elektronik. Disamping itu, penggunaan alat bantu asli maupun tiruan juga digunakan dalam proses promosi kesehatan. Berikut ini akan dijelaskan implementasi keempat strategi promosi dari klinik tersebut dan kemudian akan dievaluasi apakah telah berhasil dilakukan atau belum.

## **B.1. Program Penyuluhan**

### **B.1.1. Temuan di Lokasi Penelitian**

Salah satu promosi kesehatan yang diimplementasikan oleh klinik IMS adalah penyuluhan. Penyuluhan kesehatan diartikan sebagai kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan. Dengan demikian, sasaran atau target tidak saja

sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Azwar dalam Liliweri, 2009).

Kegiatan ini secara berkala dilaksanakan di aula Gang Sadar, setiap tanggal 20 setiap bulan. Penyuluhan ini merupakan kegiatan yang diminta oleh pengurus Pagertepi sendiri pada pihak Klinik IMS. Hal ini disebabkan oleh kelangkaan anggaran pihak klinik karena jika menyelenggarakan sendiri, mereka minimal harus menyediakan tempat dan menganggarkan makanan kecil. Seperti dikatakan oleh informan Joko:

*“Kita sepenuhnya melakukan penyuluhan berdasarkan permintaan saja atau perintah dari Dinas Kesehatan karena kita tidak punya dana berlebih untuk kegiatan ini..”*

Tidak jarang pula penyuluhan dilakukan sewaktu-waktu jika diminta kerjasama dengan lembaga sama atau yayasan lain. Sebagai contoh penyuluhan yang dilaksanakan pada tanggal 27 Juni 2012, diselenggarakan oleh Pagertepi dengan mengundang petugas Klinik IMS sebagai pembicara utama. Selanjutnya pada tanggal 13 September 2012, penyuluhan dilaksanakan di Pring Sewu Restoran di Baturraden dengan sponsor utama dari pihak LPPSLH. LPPSLH merupakan sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat yang kompeten mengurus masalah IMS, HIV dan AIDS.



Gambar 4.4. Suasana Penyuluhan di Aula Gang Sadar Baturraden

Penyuluhan yang dilakukan biasanya berkisar mengenai patologi, penyakit, bahaya, serta pemeliharaan kesehatan genital. Penyuluhan ini dilakukan oleh staf Klinik IMS, diantaranya dokter, bidan, perawat, laboran, dan tidak terkecuali Kepala Puskesmas Baturraden II yang sekaligus penanggungjawab Klinik IMS. Dikutip dari informan Lela yang tergabung dalam kepengurusan IMS:

*“Kita adalah ujung tombak dari kesehatan mereka (PSK). Tujuan dari klinik adalah meningkatkan kualitas kehidupan dan kesehatan mereka. Jadinya ya...kita jangan bosan untuk terus menghembus-hembuskan atau mengingatkan mereka, bagaimanapun caranya...”*

Melihat dari frekuensi penyuluhan yang terbilang sering, Klinik IMS berharap akan dapat memberikan *output* yang memuaskan yaitu perubahan perilaku pada para PSK. Dalam hal ini adalah meningkatnya kesadaran mereka untuk menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual dengan para tamu. Menurut penuturan informan Darkim, PSK selalu diberi kondom ketika keluar dengan tamu.

*“Pasti anak-anak (PSK) saya bawain kondom dan itu gratis, jadi tidak ada alasan untuk tidak dipakai. Saya juga selalu ingetin untuk dipakai...jangan dibuang.”*

Senada dengan hal tersebut, beberapa informan PSK yang diwawancara mengaku selalu menggunakan kondom dan sering menolak bila ada tamu yang tidak mengindahkan permintaan mereka untuk menggunakan kondom. Dikatakan oleh informan Yanti bahwa mereka sering meninggalkan tamu begitu saja :

*“Paling sebel itu kalo tamunya anak-anak ya SMP,SMA, mereka itu gak mau pake kondom. Udah “main”nya kasar, terus gak mau pake kondom...sekali dua kali sih oke, lama-lama bête juga sama anak seumuran gitu. Jadi mending gak usah aja kalau ada tamu mereka”.*

Atau seperti yang disampaikan oleh informan Lola :

*commit to user*



*“Saya sebenarnya sudah bosan kerja kayak ginian, pengen yang lain, yang lebih baik. Umur saya juga enggak muda lagi jadi bentar lagi udah kegusur...sekarang saya bener-bener mentingin kesehatan buat masa depan. Kemaren ada yang berani bayar gede yang penting saya gak pake kondom, tapi saya nolak.”*

Berbeda dengan informan Bunga yang terlihat lebih muda dan cantik, dengan santainya menjawab:

*“ Ya liat sikon lah..kalo keliatannya orangnya bersih dan saya suka, gak pake kondom juga gak apa-apa..”*

Persepsi mengenai “tamu” yang terlihat bersih dari penampilan luarnya merupakan tolok ukur beberapa PSK kalau “tamu” nya juga pasti sehat. Persepsi inilah yang masih melekat kuat di benak mereka dan sulit untuk diubah secara cepat.



Gambar 4.5. Suasana Wawancara Peneliti dengan PSK Lola dan Bunga

Beberapa pernyataan PSK di atas menggambarkan keragaman pemahaman mengenai pesan yang disampaikan oleh Klinik IMS Baturraden pada saat penyuluhan. Tersirat dari wawancara di atas bahwa informan mengerti dan memahami isi pesan, tetapi pada pelaksanaannya sangat bervariasi. Beberapa informan bersikap untuk tetap menjaga kesehatan mereka karena pekerjaannya sangat beresiko. Tetapi ada juga yang tidak mengindahkan, padahal mereka tahu bahwa sikap atau perilaku tidak menggunakan kondom sangat berbahaya.

*commit to user*

### B.1.2. Evaluasi Program Penyuluhan

Program penyuluhan yang telah dilakukan oleh Klinik Baturraden II pada pemaparan di atas, peneliti melihat bahwa program ini belum sepenuhnya berhasil. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku PSK. Menurut Teori Green (Notoatmodjo,2007) pada dasarnya perilaku dibentuk dari tiga faktor yaitu predisposisi atau faktor yang mendasari terjadinya perilaku tertentu, *enabling* atau faktor yang memungkinkan suatu motivasi direalisasikan dan *reinforcing* atau faktor penguat.

#### a. *Predisposing Factor* (Faktor Predisposing)

Faktor ini merupakan faktor yang menjadi pertimbangan suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku, seperti keyakinan, nilai serta budaya. Informan dalam penelitian ini berangkat dari satu keyakinan yang sama bahwa profesi mereka memiliki resiko yang sangat besar, yaitu rentan terhadap penyakit menular seksual dan bahkan sangat dekat dengan HIV/AIDS. Namun demikian, tahap keyakinan mereka berbeda-beda, terutama pada PSK baru dan yang lama. Mereka yang baru adalah PSK yang baru saja di “rolling” dari lokalisasi lain. Dikatakan oleh informan Lola yang merupakan PSK baru di Gang Sadar, yang sebelumnya pindahan dari lokalisasi Tretes di Surabaya :

*“Disini saya suka banget karena ada penyuluhan dan Klinik IMS dan Mas Darkim (penjangkau) perhatian banget sama kesehatan kita. Beda sama waktu di Surabaya, enggak pernah dikasih tau apa-apa”.*

Informan Lola merasakan manfaat yang lebih ketika berada di lokalisasi Gang Sadar. Awalnya dia hanya tahu mengenai resiko yang

mengancam, namun setelah masuk lokalisasi ini, dia lebih yakin bahwa perlu ada sebuah tindakan yang serius untuk menjaga kesehatan dirinya. Hal serupa dikatakan juga oleh informan Yanti yang juga pindahan dari lokalisasi yang sama dengan informan Lola :

*“Saya sama sekali belum pernah ikut penyuluhan, di sana gak ada, kalo disini diperhatiin, penerimaan klinik juga baik “.*

Tanggapan dari kedua informan tadi cukup baik dengan penyuluhan yang diberikan oleh klinik IMS. Mereka membandingkan dan merasakan perbedaan di antara dua lokalisasi tersebut, di mana tingkat pengetahuan mereka meningkat setelah diberikan penyuluhan. Dalam komunikasi perubahan perilaku, kedua informan ini baru memasuki tahapan pra kesadaran, yang ditandai dengan belum cukupnya pengetahuan dan masih dalam perilaku yang tidak aman. Akan tetapi, setelah terpapar penyuluhan dari Klinik IMS, berdasarkan wawancara dengan mereka, nampaknya tahapan mereka mulai bergeser ke arah tahapan persiapan. Hal tersebut ditandai dengan mulai bertanya-tanya pada petugas klinik apa saja yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatannya serta sikap yang ingin mencoba mengubah perilaku.

Berbeda dari kedua informan tersebut, informan Novie yang sudah dua tahun di lokalisasi Gang Sadar, menyatakan kebosanannya mengikuti penyuluhan yang sering diadakan Klinik IMS.

*“Penyuluhannya gitu-gitu ajah. Apalagi kadang masih ngantuk, jadi nggak berangkat”.*

Beberapa dari informan lain yang tinggal lebih dari satu tahun di Gang Sadar juga memberikan jawaban yang sama dan ada yang menghindar dari

*commit to user*

penyuluhan tersebut. Dari kumpulan jawaban yang serupa, diasumsikan bahwa para PSK yang sering mendapatkan penyuluhan telah memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi dibanding mereka yang baru saja datang di lokalisasi Gang Sadar. Akan tetapi data menunjukkan tingkat kesakitan yang masih tinggi. Jadi, kemungkinan terjadi *burn out* atau *relaps*. Kondisi ini biasa terjadi dalam upaya perubahan perilaku dimana individu yang sudah dalam tahapan praktek perilaku baru atau pemeliharaan perilaku baru kembali ke perilaku pra kesadaran atau kembali pada perilaku sebelum mendapat penjangkauan.

Menurut penuturan informan Darkim, kondisi ketidakpatuhan PSK dalam penggunaan kondom sering berulang. Informan Darkim mendapatkan laporan tersebut dari beberapa pihak yaitu dari Klinik IMS dan dari keluhan tamu yang datang. Dari pihak Klinik IMS, penjangkau mendapatkan laporan bahwa PSK banyak yang mengeluh sakit, lecet, perih atau gatal-gatal pada daerah kelamin, di mana gejala tersebut mengarah pada IMS. Sedangkan, dari pihak tamu banyak mengeluhkan tidak puas dengan “anak-anak GS”.

*“Saya dapat laporan dari tamu kalo banyak “anak-anak” yang terkena penyakit kelamin. Ini kan selain merugikan tamu, juga bagi mereka sendiri. Kedepannya kan jadi nggak ada tamu yang ingin memakai “jasa” mereka.”*

Menilik pemaparan tersebut, terlihat berbagai tingkatan yang berbeda dalam tahap perubahan perilaku dalam diri individu. Ada beberapa individu yang tertarik, ada juga yang telah jenuh dengan segala penyuluhan yang diberikan, namun efek jera tidak juga berpengaruh secara signifikan. Kondisi ini perlu diperhatikan dengan baik untuk dapat menentukan langkah atau upaya dan strategi program yang dapat dilakukan dalam menyikapi masalah

*commit to user*

relaps. Kondisi relaps sebenarnya dapat disikapi dengan tetap memberi dukungan terhadap para PSK dengan memberikan perhatian pada hal atau alasan penyebab relaps ([www.indonesia.unfpa.org/publication/HIV%20AIDS.pdf](http://www.indonesia.unfpa.org/publication/HIV%20AIDS.pdf)).

Predisposing Faktor juga berbicara tentang sebuah nilai yang dianut oleh seseorang. Icek Ajzen dan Martin Fishben (Azwar,2007) menyatakan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatannya positif dan ia percaya bahwa orang lain ingin agar dia melakukannya. Dalam hal ini, apa yang mendorong kesadaran mereka untuk datang pada penyuluhan yang dilaksanakan Klinik IMS.

Memang, tergolong sulit untuk mengajak para PSK yang sedang mengalami kondisi relaps untuk datang ke sebuah pertemuan. Seperti misalnya penyuluhan yang dilaksanakan pada tanggal 27 Juni 2012. Pada undangan yang sampai di tangan peneliti, pertemuan akan dimulai pukul 11.00 WIB di aula GS. Demikian antusiasnya, peneliti datang tepat pada waktunya lengkap dengan peralatan yang dibutuhkan untuk pengambilan data observasi. Namun, tujuh puluh lima menit berlalu baru tiga orang PSK yang memenuhi undangan. Tidak lama kemudian barulah yang lain datang menyusul secara kelompok. Sembilan puluh menit kemudian pada pukul 12.30 barulah ruangan aula dipadati oleh 75 PSK. Peneliti sudah mengira pertemuan tersebut batal. Namun, dengan santainya, informan Darkim menyatakan :

*“Mereka memang seperti itu, jam sepuluh sebelas baru bangun. Itu juga saya gedor-gedor. Pada dasarnya mereka malas ditambah lagi mereka capek pulang pagi dan mabok”.*

*commit to user*

Akhirnya, penyuluhan dimulai dan ruangan mulai dipenuhi asap rokok. Tidak segan para PSK mengobrol sambil merokok. Mata mereka bengkak dan tidak sedikit dari mereka yang menguap. Alhasil, sang penyuluh bicara sendiri dan audiens sibuk sendiri, bahkan ada juga yang mengutak-ngatik ponselnya. Situasi yang sungguh tidak ideal dalam sebuah komunikasi efektif. Hanya terlihat lima sampai delapan orang yang mencoba berkomentar dengan pesan yang disampaikan oleh penyuluh. Dari pertemuan tersebut, satu hal yang menzzjadi pertanyaan apakah motivasi mereka datang kalau hanya sibuk masing-masing. Akhirnya peneliti bertanya langsung pada informan Rini dan jawabannya cukup mengejutkan :

*"Ya ikut-ikutan ajah, sepi sih dikosan. Udah gitu Mas Darkim suka marah-marah kalau nggak datang..padahal bosen banget mbak.."*

Sejalan dengan informan Rini, informan Dewi menyatakan :

*"Paling-paling suruh pake kondom kalo ada "tamu"..itu sih udah tau..cuma kita kena denda 50ribu kalo nggak dateng. Kan sayang bisa beli kosmetik"*.

Untuk tetap menjaga kekonsistenan PSK dalam proses perubahan perilaku, pihak klinik perlu merancang ulang strategi promosi kesehatan agar PSK tetap tertarik untuk datang, bukan hanya karena paksaan atau kebiasaan semata, tanpa ada proses perubahan perilaku yang signifikan dari PSK. Menilik pernyataan tersebut, mereka datang pada pertemuan hanya karena kebiasaan dan keharusan. Jika tidak datang mereka akan dianggap tidak patuh dengan aturan yang ada.

Akan tetapi, hal tersebut tidak mudah karena kondisi relaps dari PSK juga seringkali berimbas pada kelelahan mental para petugas klinik.

Seringkali petugas merasakan malas atau bosan untuk melakukan penyuluhan karena audiens dalam hal ini PSK tidak memperhatikan isi dari penyuluhan.

#### ***b. Reinforcing Factors ( Faktor Penguat)***

Faktor ini merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan social. Dalam kasus ini, yang termasuk dalam kelompok faktor penguat adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan, pengaruh teman dan dukungan social yang berasal dari anggota masyarakat.

Menurut Wess dan Simnett (1994), untuk mencapai promosi yang efektif, terdapat beberapa kompetensi yang harus dikembangkan, diantaranya yaitu komunikasi kesehatan yang baik dan kompetensi yang baik yang dimiliki oleh petugas kesehatan sebagai komunikator. Sebagai faktor penguat, pihak klinik harus mumpuni dalam segala aspek yang mendukung berhasilnya sebuah promosi kesehatan. Jika dilihat dari sisi komunikasi, terdapat beberapa factor yang harus diperhatikan, pertama yaitu komunikator. Pihak klinik yang merupakan sumber atau komunikator harus memiliki kredibilitas dan nilai lebih agar kata-kata yang diucapkan dapat langsung diserap oleh komunikan serta dapat menggugah komunikan untuk menerapkan pengetahuan yang didapat melalui pesan dari komunikator (Devito, 1997).

Penyuluhan yang secara berkala dilakukan di aula GS membawa kewajiban dokter yang bertanggungjawab untuk memberikan informasi sekaligus mengedukasi dan memersuasi para PSK. Selama penelitian ini,

belum pernah ada personil lain dalam klinik ini memberikan penyuluhan, seperti dikatakan oleh informan Harini selaku perawat di Klinik IMS :

*“Dokter kan lebih digugu (dipercaya) daripada yang lain. Ilmunya juga lebih banyak jadi ya memang sudah sepatutnya.”*

Jika dilihat dari segi kompetensi, memang dokter di klinik ini cukup memadai. Sebagai promotor kesehatan dan dokter, dokter Joko Adi Pamungkas memiliki penguasaan materi yang cukup. Hal tersebut diperkuat dengan masa kerja selama enam tahun sebagai dokter dan menangani Klinik IMS sejak tahun 2010. Walaupun jarang diundang untuk pelatihan IMS di tingkat Propinsi karena berkaitan dengan anggaran, tetapi secara konten atau isi pesan, dokter mampu menjawab pertanyaan yang disampaikan. Seperti dikatakan oleh informan Novie :

*“Kalo dokternya yang ngomong lebih yakinlah dibanding dari Mas Darkim (penjangkau) atau dari Polres. Kan emang dapet ilmunya toh...?”*

Tetapi selama observasi berlangsung, jarang sekali ditemui saat-saat mereka diam dan mendengarkan dengan seksama saat dilakukan pertemuan.

Hal tersebut ditambahkan pernyataan dari informan Bunga :

*“Suaranya enggak keras, banyak jedanya trus kayak diburu-buru gitu jadi enggak ngena di kita. Tapi beda banget kalo waktu periksa di klinik, dokter lebih ramah, bisa bercanda, mau ngejelasin detail gitu.”*

Suatu kesimpulan awal ditarik pada saat observasi ditempat penyuluhan, bahwa secara kepakaran memang dokter di Klinik IMS sudah cukup. Akan tetapi dalam proses komunikasi yang berlangsung, komunikator kurang dapat menguasai teknik komunikasi dan audiens.

Berdasarkan hasil observasi, kemampuan komunikator dalam menganalisis komunikasi sebelum melakukan penyuluhan belum terasah.

*commit to user*



Suasana penyuluhan yang tidak nyaman tersebut, dapat disebabkan oleh ketidakmampuan sang penyuluh untuk memahami audiensnya. Dari sisi pekerjaan, audiens yang jelas berprofesi sama. Akan tetapi di antara mereka banyak terdapat variasi, seperti umur, latar belakang pendidikan, motivasi datang ke penyuluhan, tingkat pemahaman atas materi yang akan diberikan dan jangka waktu tinggal di GS. Seperti diungkapkan oleh informan Bunga, keengganan datang ke penyuluhan karena faktor komunikator yang kurang dapat berkomunikasi:

*“Bosen banget materinya gitu-gitu aja, ngantuk lagi jadi ya males sebenarnya. Coba gitu ada bintang tamu atau door prize kan seru...”*

Ditambahkan oleh informan Dewi :

*“Dokternya jarang cerita atau ngasih contoh. Maunya kita langsung ke klinik, periksa. Kalau buat saya ya kurang komunikatif lah, padahal itu sebenarnya isinya penting banget buat kita...”*

Ternyata keragaman dan jumlah peserta yang cukup besar, ditambah waktu penyelenggaraan pertemuan yang dirasa mengganggu jam istirahat peserta menjadi kendala yang sangat besar bagi pelaksanaan penyuluhan. Selain itu, kemampuan dokter sebagai komunikator kurang menguasai audiens dan kurang dapat memberikan penyajian yang menarik membuat audiens tidak dapat menerima pesan secara maksimal. Dengan kata lain disini tidak terjadi komunikasi yang efektif.

Selain sikap, perilaku dan proses komunikasi yang berpengaruh pada tingkat pemahaman dan perubahan perilaku PSK, dukungan sosial atau masyarakat juga sangat penting. Informan Wahyanto menjelaskan mengenai

penjangkau yang sangat membantu dalam melakukan promosi dan penyuluhan.

*“Penjangkau adalah perpanjangan tangan pihak Klinik IMS, dia sangat membantu kami dalam program promosi klinik ini.”*

Penjangkau adalah orang yang mengkoordinir kedatangan PSK ketika mereka datang untuk melakukan pemeriksaan di Klinik IMS Baturraden. Penjangkau ini bertugas untuk mendatangi PSK di Gang Sadar, melakukan pendekatan individu atau kelompok pada PSK serta memberikan informasi atau keterampilan, bahkan bertindak tegas saat mereka “bandel” tidak mau menggunakan kondom ketika menerima tamu. Diungkapkan oleh informan Darkim:

*“Kalau saya, tahu penyuluhan berhasil atau tidak dari respon anak-anak. Kalo tetep nggak mau periksa berarti penyuluhan gagal. Gampang itu mbak... jadi saya pake tarik ulur. Habis penyuluhan, besoknya saya ajak ke klinik. Kalo pada nggak mau ya saya tinggal pergi saja selama dua minggu. Biasanya mereka sms kalo udah begitu, katanya mas Darkim marah. Lah, kan saya kaya gitu demi mereka, bukan buat saya.”*



Gambar 4.6. Peneliti dengan Informan Darkim

Dahulu penjangkau yang bernama Darkim ini dikontrak oleh GF-ATM sebagai penjangkau khusus bagi pasien PSK Gang Sadar. Penjangkau ini diberi kewenangan khusus untuk membantu Klinik IMS Baturraden dalam

*commit to user*

melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan dan promosi kesehatan dari awal Klinik IMS berdiri yaitu tahun 2005 hingga Maret 2010. Namun, sejak kontraknya selesai, tugasnya sebagai penjangkau tidak berhenti. Darkim tetap melakukan tugasnya sebagai penjangkau sesuai dengan peran dan tanggungjawabnya selaku seksi kesehatan di paguyuban Pagertepi Gang Sadar.

*“Memang nggak ada yang mau ngurusin anak-anak, repot banget. Capek pengen gentian sama yang lain. Tapi masa saya tinggal begitu aja, saya kasian...benar.”*

Pernyataan informan Darkim diatas dibenarkan oleh informan Joko:

*“Mas Darkim itu orang penting. Kalo nggak ada dia, ndak mungkin para PSK mau datang ke penyuluhan, ke klinik. Walaupun kami, (pihak klinik) berkoar-berkoar di setiap pertemuan, kalau dia ndak turun tangan yang hasilnya nihil. Dia itu perpanjangan tangan kami sekaligus ujung tombak program promosi klinik ini.”*



Gambar 4. 7. Wawancara Informal dengan Informan Joko dan Informan Darkim

Selain itu, dukungan dari masyarakat sekitar, dalam hal ini mucikarnya juga sangat berperan penting dalam proses perubahan perilaku. Informan Darkim mengadakan pertemuan khusus bagi mucikari atau yang

*commit to user*

biasa disebut dengan “papi” dan “mami” setiap tanggal 10 setiap bulan. Pertemuan ini bertujuan untuk mendidik mereka agar peduli terhadap kesehatan PSK atau anak kos nya, dengan cara selalu mengingatkan untuk ikut penyuluhan yang diselenggarakan oleh Klinik IMS, memeriksakan diri tidak mengijinkan anak kos nya untuk menerima tamu selama menstruasi serta selalu membawa dan menggunakan kondom ketika berhubungan dengan “tamu”.

*“Susahnya minta ampun, banyak yang protes waktu awal-awal pertemuan. Katanya nanti pendapatan mereka berkurang, tapi saya paksa terus alasannya demi kesehatan PSK..alhamdulillah berangsur sekarang udah pada peduli..”*

Informan Darkim menjelaskan proses KIE bagi para mucikari mengalami kesulitan yang berarti, namun informan Wahyanto memberi dukungan penuh terhadap usaha informan Darkim tersebut. Ditemui di ruang kerjanya yang tidak terlalu besar, beliau mengatakan:

*“Saya senang dengan program Pagertepi yang khusus untuk mucikarinya. Sekarang kalau ada penyuluhan, para pemilik kos mulai aktif menyuruh anak-anaknya untuk datang. Sama juga kalo mas Darkim mengajak untuk periksa, pemilik kos juga proaktif.”*

Memang keberhasilan program promosi kesehatan, terutama kasus khusus seperti ini membutuhkan dukungan dan partisipasi dari berbagai elemen masyarakat. Orang-orang terdekat PSK justru kunci dari keberhasilan program, seperti pemilik kos atau sering disebut “mami” atau “papi”. Dahulu pemilik kos dapat dikatakan cuek atau tidak peduli dengan kesehatan seksual anak kosnya. Namun setelah dicanangkan pertemuan setiap tanggal 10 untuk “mami” dan “papi”, sedikit demi sedikit mereka mulai perhatian walaupun belum seratus persen dari mereka benar-benar peduli. Seperti dinyatakan oleh informan Rini:

*“Mami jarang ngingetin, yang penting uang setoran saja aja yang diminta. Jadi yang ngingetin cuma mas Darkim saja.”*

Berbeda dengan pemilik kos informan Lola yang bersikap sangat peduli:

*“Saya pindah ke gang sadar itu benar-benar seperti orang yang beruntung. Kebetulan “mami” saya peduli sekali dengan anak-anaknya. Kalo ada pemeriksaan kita se-kos di dorong untuk berangkat. “*

Memang faktor lingkungan sangat berpengaruh untuk terjadinya perubahan perilaku. Dukungan dari berbagai pihak sangat membantu untuk meningkatkan kesadaran para PSK. Walau terkadang tingkat ke konsistenan para PSK naik turun, akan tetapi dukungan harus tetap konsisten dan terus menerus. Salah satu bentuk dukungan bukan hanya bujukan atau bentuk komunikasi persuasive yang sifatnya halus, tetapi bujukan yang berupa kata-kata bernada hukuman sering digunakan. Darkim seringkali menggunakan strategi ini jika mendapat laporan dari tamu kalau PSK banyak yang tidak “bersih”, juga dari pihak IMS jika mendapati angka kesakitan yang tinggi setelah para PSK berobat dan konseling ke klinik.

Seperti pada penyuluhan yang diberikan oleh informan Darkim pada tanggal 27 Juni 2012 di aula GS. Sekejap ruang aula GS hening dan dari mimik muka para PSK yang tadinya mengantuk, menggunakan HP, bahkan yang merokok, langsung menghentikan segala aktifitasnya.

*“Kalian kalau susah diberitahu, akibatnya ya dirasakan sendiri. Tamu-tamu pada nggak mau pake kalian lagi, katanya nggak “bersih”. Itu laporan dari tamu! Terus satu lagi yang perlu kalian tau, ada teman kalian yang suka males dan kabur kalo diajak ke klinik untuk periksa. Padahal tamunya banyak ! Saya udah berkali-kali ngingetin tapi nggak dipedulikan. Akhirnya kemarin-kemarin ini dia sakit dan minta saya nemani saya ke klinik. Benar saja dari IMS langsung dirujuk ke RS Margono, klinik VCT. Hasilnya positif kena HIV/AIDS!”*

*commit to user*

Jadi dengan adanya penjangkau, pihak Klinik IMS sangat diuntungkan. Informan Harini menyatakan bahwa capaian program promosi Klinik IMS persen besar karena factor penjangkau:

*“Kita ndak mungkin bisa dua puluh empat jam melakukan pendampingan terhadap PSK. Mereka sehari-harinya hidup bersama dengan penjangkau, otomatis jadi lebih dekat dengan penjangkau. Jadi penjangkau dengan mudah memasukkan nilai-nilai atau memberikan KIE dengan lebih intens.”*

**c. Enabling factor (faktor pemungkin)**

Faktor ini merupakan faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi disosialisasikan. Pada kasus ini, contohnya adalah ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas, dan kemudahan pencapaian pelayanan kesehatan. Klinik IMS yang didirikan dan terintegrasi dengan Puskesmas Baturraden II terletak di kecamatan Baturraden yang secara geografis mendekati pada sasaran utama yaitu para PSK yang lokalisasinya berada pada kecamatan yang sama. Faktor pemungkin ini ternyata telah ditangkap oleh pihak KPA dan Dinas Kesehatan bahwa layanan kesehatan IMS harus dilaksanakan di puskesmas atau klinik swasta yang sudah ada di wilayah terdekat dengan konsentrasi sebaran populasi beresiko. Layanan kesehatan IMS memiliki fungsi kontrol terhadap penularan IMS agar penurunan IMS pada sub populasi beresiko dapat dipersempit.

Ternyata dengan diintegrasikannya Klinik IMS dengan Puskesmas Baturraden II ini membuat informan Wahyanto mengubah visi dari puskesmas yang dipimpinnya, yang tentunya berbeda dengan puskesmas yang lain.

*“Visi kami adalah puskesmas wisata yang salah satu layanannya adalah layanan klinik IMS dimana sementara ini belum ada pelayanan yang sama di wilayah Kab. Banyumas. Memang layanan ini terbuka untuk umum, tetapi sasaran utama kami adalah para PSK. Oleh karena itu dipilihlah puskesmas ini karena secara pemetaan terdapat lokalisasi yang cukup besar di kecamatan ini. Jadi untuk proses penjangkauan dan pendampingan jadi cukup cepat dan lebih tepat, tentunya. “*

Dari faktor jarak, memang puskesmas inilah yang paling dekat dengan lokalisasi Gang Sadar sehingga memudahkan klinik untuk melaksanakan fungsi kontrol terhadap angka kesakitan IMS. Proses promosi kesehatannya pun jadi lebih mudah dan lebih dekat sehingga tidak membutuhkan biaya yang berlebih untuk melaksanakan penyuluhan, misalnya. Di lain pihak, hal ini juga sangat mempermudah PSK untuk datang berobat ke klinik karena jarak yang sangat dekat dan mudah terjangkau.

Selanjutnya, dari segi ketersediaan pelayanan kesehatan menurut peneliti sudah cukup memadai. Walaupun hanya diberi ruangan yang sempit di antara puskesmas dan rumah layanan Jampersal, namun proses pemeriksaan dapat berjalan dengan baik. Peralatan yang tersedia juga sudah terstandarisasi, mulai dari tempat tidur pasien ketika proses pengambilan sekret hingga layanan laboratorium sangat sederhana telah dapat memfasilitasi terselenggaranya kegiatan pemeriksaan. Namun, dalam beberapa waktu ke depan Klinik IMS akan pindah dan mendekati lokalisasi, informan Ida menyatakan:

*“Kemungkinan klinik akan pindah ke jalan besar...jalan raya Baturraden agar mudah diakses semua orang. Tanahnya juga cukup luas, jadi kemungkinan lebih besar dan lebih bersih dari yang sekarang ini.”*

Dari segi sumber daya manusia, klinik ini juga telah memiliki petugas yang handal seperti informan Harini dan informan Lela telah bertugas cukup lama menangani masalah IMS sejak tahun 2005 hingga 2012 ini. Ditambah lagi pembawaan informan Lela yang tersirat dalam ucapan dan *gesture* nya sangat mengayomi. Ada pula informan Joko yang merupakan dokter di klinik tersebut, walaupun dari penampilannya termasuk agak cuek tetapi dapat juga bercanda saat melakukan pemeriksaan pasien. Informan yang satu ini telah tiga tahun masuk dalam kepengurusan klinik dan sedikit banyak telah mengetahui cara menghadapi pasien PSK.

Ditilik dari segi ketersediaan layanan dan jarak ternyata sudah masuk dalam kategori kondusif. Selanjutnya, bila ditinjau dari segi biaya juga sangat terjangkau. Mulai dari pendaftaran, pengambilan sikrit atau cairan vagina, layanan laboratorium, hingga pemberian obat dan konseling, PSK hanya perlu merogoh kocek yang tidak terlalu dalam, yaitu berada dibawah Rp. 20.000,- . Tentunya ini menjadi daya tarik tersendiri bagi klinik tersebut yang mungkin ketika PSK periksa di tempat lain, sangat mustahil pasien akan mendapatkan harga yang sangat murah. Relokasi anggaran yang cukup besar dari Kabupaten Banyumas dan GF ATM untuk layanan ini akhirnya memunculkan angka Rp. 20.000,- . Jadi, sangat memungkinkan bagi PSK untuk tidak takut berobat karena mahal dan tidak ada alasan lagi untuk tidak periksa ke Klinik IMS Baturraden.



## B.2. Program Konseling

### B.2.1. Temuan di Lokasi Penelitian

Menurut UNFPA, konseling merupakan sebuah proses komunikasi interpersonal yang dilakukan dalam rangka proses pemberian bantuan kepada orang yang membutuhkan. Bantuan yang dibutuhkan seperti memperoleh gambaran yang jelas mengenai masalah yang dihadapi, memahami apa yang dibutuhkan, memberikan informasi yang dibutuhkan, membantu proses pengambilan keputusan serta pemberian dukungan dalam mempraktekkan keputusan yang diambil.

Konseling juga merupakan sebuah pendekatan yang dapat digunakan dalam proses pendampingan, dalam hal ini pendampingan PSK. Pendampingan merupakan proses yang intensif di mana proses perubahan perilaku target atau sasaran di dorong secara sistematis. Dalam rangka mencapai perubahan perilaku para PSK, pada proses konseling diperlukan keterampilan yang baik, seperti dapat menyampaikan pesan secara efektif, menyatakan perasaan yang baik, mendengarkan secara aktif, menggali informasi dengan pertanyaan terbuka serta memberikan respon yang tepat. Bagi Klinik IMS Baturraden, konseling merupakan strategi promosi kesehatan yang memang khusus diprogramkan. Hal ini disampaikan oleh dokter Klinik Puskesmas Baturraden II, informan Joko Adi Pamungkas:

*“Memang konseling sebenarnya yang utama dalam kegiatan promosi klinik ini karena dengan konseling, kami bisa memberikan penyuluhan yang lebih tepat secara person to person, tergantung pada apa yang menjadi keluhan mereka.”*

Proses konseling dalam pelayanan Klinik IMS ini dimulai dari pasien mulai mendaftar hingga akhir proses pemeriksaan. Seperti siang itu pada tanggal 5 Juli 2012 saat peneliti melakukan observasi kegiatan konseling di Klinik Baturraden II, terdapat sepuluh orang mengantri pada ruang tunggu pasien untuk di data dan ditanya

*commit to user*

mengenai keluhan yang dideritanya. Bidan Lela dengan sabar menuliskan semua isian yang ada dalam formulir sesuai dengan data pasien. Satu pasien kira-kira mencapai waktu sekitar tiga sampai lima menit pada proses pendaftaran tersebut, bahkan ada tiga orang yang menghabiskan waktu lebih lama. Dua dari tiga orang tersebut terlihat menangis saat ditanya kondisi dirinya, sepertinya keluhannya sangat berat. Rupanya kegiatan konseling sudah dimulai saat bidan Lela menatap wajah pasiennya dan menghentikan kegiatan tulis menulis pada lembar formulir. Beliau banyak diam dan mendengarkan saat pasien mulai bercerita dengan wajah sembab.



Gambar 4. 8. Informan Lela sedang Memberikan Konseling.

Setelah pasien agak tenang, bidan Lela menyampaikan sesuatu dengan suara yang lirih dan posisi tubuh dicondongkan ke arah pasien. Walau dibatasi oleh meja di antara keduanya, namun tidak menghalangi mereka untuk berkomunikasi secara efektif. Suara lirih yang keluar dari bidan Lela tersebut dimaksudkan agar pasien lain tidak mendengar apa yang sedang mereka bicarakan. Beberapa saat kemudian, kedua tangan bidan Lela memegang kedua pergelangan tangan si pasien, sepertinya berusaha untuk menenangkan dan memberikan perasaan nyaman. Terlihat terdapat kesejajaran atau kesetaraan antara petugas dan pasien dalam proses pendaftaran tersebut, seperti dikatakan bidan Lela:

*“Kita adalah pengayom sekaligus teman bagi mereka...kita harus sangat hati-hati dalam menjaga perasaan mereka.sekali saja kita melakukan  
commit to user*

*kesalahan atau tidak peduli, mereka akan mencari di tempat lain, ya kalo bener kalo nggak kan malah semakin bahaya..”*

Setelah mendaftar, mereka akan mengantri lagi untuk diambil sekret atau cairan vaginanya. Pengambilan sekret ini dilakukan oleh bidan Ida di ruang tertutup. Proses ini berjalan agak lama, yaitu sekitar sepuluh hingga lima belas menit per pasiennya karena pasien harus melepaskan pakaian mereka untuk kemudian diambil sekretnya. Pada proses ini pun, tidak diadakan kegiatan konseling karena sangat bersifat teknis. Paling hanya sedikit tanya jawab dan penciptaan suasana yang kondusif seperti pasien dijak bercanda agar tidak terlalu tegang. Setelah proses ini, pasien kembali menunggu hasil pemeriksaan laboratorium dari sekret mereka.

Sambil menunggu di ruang pasien, bidan Lela memperagakan cara menggunakan kondom wanita pada boneka peraga. Suasana yang dimunculkan juga sangat santai, para PSK juga banyak yang bertanya tentang perihal penggunaan dan segala yang berkaitan dengan penggunaan kondom tersebut. Ternyata, kebanyakan dari mereka belum pernah melihatnya atau mempergunakannya. Seperti dinyatakan oleh informan Rini yang baru saja mengetahui cara penggunaan kondom wanita:

*“Saya pernah dengar tapi belum pernah liat apalagi pake. Ini pertama kali saya liat dan langsung diajari oleh petugas, jelas banget apalagi pake boneka jadi kebayang lah caranya pake...jadi kalo “tamu” gak mau pake kondom sendiri ya saya bisa pake.”*

Senada dengan informan Rini, informan Lola menyatakan:

*“Penjelasannya detil, petugasnya ngajarinnya enak banget deh kayak ke temen sendiri...hehe..”*



Gambar 4.9. Informan Lela Memperagakan Penggunaan Kondom Wanita

Setelah hasil laboratorium keluar, pasien dipanggil satu per satu masuk ke dalam ruangan konseling yang sebenarnya tidak terlalu tertutup. Di ruangan tersebut petugas akan menjelaskan penyakit yang dialami oleh pasien, memberikan obat serta memberikan konseling yang mendalam sesuai dengan jenis penyakitnya. Biasanya konseling tersebut mengenai cara penanggulangan, hal yang harus dihindari serta pencegahannya agar penyakit tersebut tidak menjangkiti pasien kembali. Dari suasana yang terlihat pada saat konseling, rata-rata pasien dapat menghabiskan waktu sepuluh menit namun ada pula yang hanya lima menit. Ditekankan lagi oleh informan Lela, selaku bidan klinik tersebut bahwa:

*“Para PSK biasanya terbuka dan jujur pada saat bertemu muka dengan staf klinik, apapun yang mereka keluhkan selalu disampaikan pada kami. Sangat berbeda pada saat penyuluhan, jarang ada yang bertanya jadi kami pikir mereka paham dan tidak ada masalah. Tapi, setelah sampai di sini ya curhatlah mereka. Mungkin kalau di forum terbuka, mereka malu.”*

Berbeda dengan penyuluhan pada ruang publik, proses konseling akan memberikan ruang bagi pihak klinik dan para pasien PSK bercerita secara bebas, aman, dan nyaman tetapi tetap fokus terhadap proses perubahan perilaku. Dikatakan oleh informan Harini selaku staf klinik, bahwa proses konseling adalah proses yang paling penting untuk menggali semua informasi dari pasien PSK sekaligus pemberian

advis yang sangat mengena sasaran. Informan Yanti menyatakan bahwa dia suka berlama-lama dalam kegiatan konseling:

*“Saya pindahan dari Tretes dan di sana belum pernah diperlakukan seperti ini. Di sini, saya merasa lebih diperhatikan, ditanya, diarahkan dan mereka (petugas) mau menjawab semua pertanyaan saya..dimanusiakan lah..suka becanda juga petugasnya, jadi santai tapi tetep jelas informasinya.”*

Senada dengan informan Yanti, informan Dewi menyatakan :

*“Saya cocok dengan petugasnya..mau ndengerin..dan malah kadang pengen ngobrol lebih jauh tentang penyakit saya..”*

### **B.2.2. Evaluasi Program Konseling**

Konseling merupakan sebuah proses informal yang menyenangkan yang berujung pada sebuah perubahan perilaku. Dalam proses konseling, para PSK secara intensif dapat didorong dan diajak memikirkan perubahan perilaku yang lebih baik jika selama ini perilakunya beresiko atau dikuatkan untuk mempertahankan perilaku yang sudah baik. Program konseling yang dilakukan oleh Klinik IMS Baturraden dapat penulis nilai sudah berhasil bila dibandingkan dengan program penyuluhan. Beberapa pendapat, komentar dari PSK serta berdasarkan observasi cukup mendukung penilaian tersebut. Berikut akan dievaluasi dengan lebih rinci berdasarkan teori Green, yaitu tiga hal yang mendasari terjadinya perilaku tertentu yaitu *predisposing factor*, *reinforcing factor* dan *enabling factor*. Dalam hal ini yang menjadi fokus adalah motivasi PSK datang ke Klinik IMS untuk berkonsultasi dan rasa nyaman yang mereka dapatkan ketika kegiatan konseling dilakukan.

### *a. Predisposing factor (Faktor Predisposing)*

Dalam usaha mencapai keberhasilan program promosi kesehatan, petugas kesehatan perlu memperhatikan beberapa faktor yang sangat mendasar yang berkaitan dengan keadaan pasien seperti misalnya nilai, keyakinan serta budaya yang dianut. Simmons (1990) menekankan pentingnya memahami tipe pengadopsi bagi sebuah program kesehatan. Sesuatu atau hal yang dianggap baru akan mudah diadopsi jika cocok dengan budaya atau nilai yang berlaku dalam masyarakat. Budaya yang dianut oleh komunitas Gang Sadar sudah pasti berbeda dengan komunitas lain atau masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, penting bagi Klinik IMS untuk mengetahui tata nilai dan budaya yang melembaga di komunitas Gang Sadar. Sesuai dengan faktor predisposing yang menekankan pada keyakinan, nilai dan budaya, yang mendasari pertimbangan suatu kelompok atau individu untuk mengubah perilakunya. Dalam tipe pengadopsi, Simmons membaginya menjadi lima tipe adopter, yaitu *innovator*, *early adopter*, *early majority adopter*, *late majority adopter*, dan *laggard*.

Berdasarkan observasi dan wawancara pada informan PSK dan pihak Klinik IMS Baturraden, peneliti melihat bahwa mereka terbagi menjadi tiga jenis adopter yaitu *early adopter*, *early majority adopter*, dan *late majority adopter*. *Early adopter* adalah mereka yang menyadari keuntungan dengan mengadopsi informasi dari pihak klinik dan berencana mengaplikasikan dalam kehidupan mereka, seperti ungkapan informan Rini yang baru pernah melihat kondom wanita dan akan menggunakan kondom tersebut apabila “tamu” tidak mau menggunakan kondom laki-laki. Sedangkan, *early majority adopter* merupakan mereka yang mencoba mengadopsi sesuatu akan tetapi dengan tingkat ketidakpercayaan dan *late majority adopter* adalah

mereka bergabung untuk mencoba setelah mendapat “legitimasi” dari *early majority*. Keterampilan memahami inilah salah satu hal yang dapat mendasari berlangsungnya konseling yang lebih efektif.

Selain itu penting diperhatikan pula posisi tahapan perilaku pasien sehingga dalam memberikan layanan dapat sesuai dengan kondisi pasien. Menurut UNFPA, pada tahapan komunikasi perubahan perilaku dikenal lima tahapan, yaitu pra kesadaran, kesadaran, persiapan, tindakan dan perilaku baru. Pada kasus ini, tahapan yang sedang dilalui oleh PSK secara garis besar digolongkan pada dua besar yaitu tahap persiapan dan tindakan. Tahap persiapan ditandai dengan PSK masih memiliki pengetahuan yang belum cukup namun telah menunjukkan sikap ingin mencoba perilakunya serta telah menunjukkan kecenderungan mencari alternative-alternatif yang aman. Sedangkan, pada tahap tindakan ditandai dengan para PSK memiliki pengetahuan yang cukup, telah menunjukkan sikap untuk melakukan perilaku yang baru serta perilakunya telah aman walau belum konsisten. Hal ini ditunjukkan oleh pernyataan informan Dewi:

*“Saya sih selalu dibawakan kondom kalo keluar gang, tapi ya tergantung “tamu” nya. Kalo orangnya ganteng, baik, bersih apalagi ngasih uang banyak ya saya gak apa-apa sih gak pake kondom...”*

Demikian pula dikatakan oleh informan Lola:

*“Ya gimana ya..kalo tamunya anak-anak (setingkat SMU) mereka nggak mau pake kondom..susah dibilangin..”*

Senada dengan tahapan tersebut, Simmons (1995) juga membagi tahapan perubahan perilaku yang dikenal dengan *Transtheoretical Theory* menjadi tahapan *pre-contemplation, contemplation, preparation, action dan maintenance*. Pada kasus ini, PSK terbagi pada dua tahapan yaitu pertama, memasuki tahapan *preparation* dan kedua, *action* yang tentunya memiliki pendekatan intervensi yang berbeda antara *commit to user*

keduanya. Pada tahapan *preparation* pendekatan yang tepat bagi para PSK adalah pengembangan keterampilan dan mengintervensi cara untuk melakukan perubahan sikap secara lebih intens. Sedangkan untuk PSK yang telah memasuki tahapan *action*, pihak Klinik IMS perlu sedikit melakukan perbedaan intervensi yaitu berupa pemberian dukungan penuh, penguatan, dan manajemen diri agar tidak kembali lagi pada tahap kontemplasi.

Melihat pernyataan tersebut, sudah pasti petugas harus dapat memberikan konseling yang sesuai dengan tahapan yang sedang dilalui PSK. Pada kenyataannya, pihak Klinik IMS tidak menyadari tahapan pasien PSK sudah sampai dimana akan tetapi intervensi yang diberikan sangat memuaskan informan PSK. Jadi sebenarnya pihak klinik tidak memahami teori tetapi mereka hanya menjalankan intervensi sesuai dengan keadaan personal pasien. Seperti diungkap informan Lela:

*“ Klinik hanya memberikan konseling person to person, masalah masing-masing pasien berbeda ya tinggal kami sesuaikan saja.”*

#### ***b. Reinforcing Factor (Faktor Penguat)***

Menurut Hidayat (dalam Komprehensif HIV-AIDS, 2010), kekuatan konseling ditentukan oleh dua faktor yaitu, pertama kemampuan konselor memfasilitasi konseling dan strategi yang dipilih untuk menciptakan suasana yang positif untuk melakukan eksplorasi dan perubahan. Kedua, kemampuan memfasilitasi meliputi berempati, ketulusan untuk menolong, selalu siap, kehangatan, menghargai pasien, dan peka akan budaya pasien.

Kutipan pernyataan informan Harini di bawah ini menekankan bahwa dalam proses konseling memang membutuhkan suasana yang mendukung agar para pasien PSK merasa nyaman untuk jujur dan terbuka mengenai keluhan mereka.

*commit to user*



*“Dengan suasana yang kondusif, diharapkan kami (petugas dan pasien PSK) akan leluasa untuk berkomunikasi dengan baik. Harapannya, dengan terjalannya komunikasi yang baik, maka petugas akan dapat memberikan pengobatan dan saran yang tepat. Tepat itu berbeda antara satu dengan yang lainnya karena latar belakang atau keluhan masing-masing orang berbeda.”*

Pada tahap komunikasi terapeutik terdapat satu tahapan, yaitu tahapan orientasi atau perkenalan, dimana petugas harus dapat membina hubungan saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Selain itu, petugas juga harus dapat memodifikasi lingkungan yang peka terhadap respon klien serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya (Nasir dkk, 2009).

Tentunya hal ini sangat berkaitan dengan kode etik dalam konseling dimana hal ini perlu dipegang oleh para petugas dalam menciptakan suasana yang mendukung dalam terciptanya proses konseling yang efektif. Menjaga kerahasiaan, misalnya, menjadi sangat penting dalam dunia kesehatan dimana keluhan pasien akan menjadi rahasia yang hanya akan diketahui oleh pasien dan petugas kesehatan. Hal ini mengingatkan pada sebuah teori yang diperkenalkan oleh Sandra Petronio yaitu teori manajemen kebebasan pribadi/ *Communication Privacy Management Theory*. Teori ini berpendapat bahwa ketika seseorang memperlihatkan stigmanya kepada orang lain maka pendengar menjadi pemilik informasinya. Pemilik informasi bertanggungjawab untuk menegakkan aturan kerahasiaan, membesarkan hati orang yang berada dalam stigma dan memberikan strategi penanganannya (Littlejohn, 2009).

Dalam kasus ini, kerahasiaan pasien harus dijaga benar karena pasien dalam klinik ini berbeda dengan pasien pada umumnya. Pekerja Seks Komersial merupakan sebuah komunitas yang berbeda dimana dalam pandangan masyarakat,

mereka memiliki stigma negative. Stigma merupakan perbedaan-perbedaan yang merendahkan dan secara sosial dianggap mendeskreditkan, dan dikaitkan dengan berbagai stereotip negative (Maman, 2009). Oleh karena itu, perlu penanganan yang berbeda ketika proses konseling dilakukan, tidak hanya pada masalah pengobatan saja tetapi juga pada perilaku yang harus diubah, keterampilan yang harus dimiliki pasien PSK seperti memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik terhadap cara-cara memelihara kesehatannya, mengenal penyakit, serta mampu meningkatkan kesehatannya.

*“Konseling pada pelayanan klinik ini memang berbeda dengan pasien umum di puskesmas kita. Mereka hanya datang, berkonsultasi, diberi obat dan pulang...sangat berbeda dengan di klinik ini.”*

Pernyataan informan Harini tersebut ditegaskan oleh informan Wahyanto:

*“Proses konselingnya berjalan lebih lama, mereka akan dibina selama tatap muka tersebut...dimulai dari pembahasan penyakitnya, penggunaan obatnya, pemberian pengetahuan seks aman serta resiko yang dihadapi jika mereka tidak mengindahkannya. Memang spesial sih...”*

Selain konseling yang diberikan bersifat khusus, para petugas juga harus memiliki kode etik yang kedua yaitu menempatkan diri secara setara. Hal ini dimaksudkan agar para PSK tidak merasa dirinya lebih rendah dari petugas, mengingat mereka adalah komunitas yang terstigma negative. Untuk itu diperlukan sebuah komunikasi terapeutik dimana komunikasi ini adalah hubungan yang bersifat interpersonal antara petugas dengan pasien PSK. Pada sebuah bahasan komunikasi terapeutik, terdapat lima sikap yang harus diperhatikan untuk memfasilitasi komunikasi terapeutik, seperti, posisi yang saling berhadapan, kontak mata, jarak yang dibentuk, serta *gesture* yang harus dibangun (Tamsuri, 2005).

Menurut informan Rini, dia menyatakan sangat puas dengan pelayanan Klinik IMS yang diberikan saat konseling.

*“Petugas di sini ramah-ramah, menyambut dengan baik dan banyak diberi saran. Kalo dokternya itu malah suka becanda jadi nggak tegang lah malah bebas mau cerita apa aja..”*

Sejalan dengan informan Rini,informan Bunga juga menyatakan hal yang senada:

*“Kita dianggap seperti pasien biasa, nggak dibedakan. Mulai dari pendaftaran sampai pemberian obat, enak lah..petugasnya baik-baik dan mau nerangin. Kayak tadi petugas yang di pendaftaran ngajarin cara pake kondom wanita, sambil nunggu diambil sikrit...neranginnya jelas banget.”*

Selain itu, untuk mencapai konseling yang efektif harus diperhatikan juga hal-hal yang menunjang keberhasilan tersebut seperti elemen-elemen dalam komunikasi yaitu komunikator, komunikan, pesan dan alat bantu.

Seperti diulas pada bahasan penyuluhan di depan tentang kredibilitas dan kompetensi petugas Klinik IMS yang memang cukup kompeten, walaupun dalam proses komunikasi saat penyuluhan kurang memuaskan tetapi sangat berbeda pada saat komunikator dalam proses konseling. Pada saat wawancara dengan informan PSK, rata-rata mereka menyatakan sangat jelas dengan konseling yang diberikan dari pihak petugas Klinik IMS.

*“Kalo di sini dokternya neranginnya jelas dan orangnya juga enak, beda waktu di penyuluhan..”*

Pernyataan informan Dewi tersebut disetujui oleh informan Rini:

*“Kalo pas penyuluhan itu bentar banget ngasih materinya dan kadang nggak jelas, lebih enak di sini lah (klinik)..”*

Dua pernyataan tersebut dibenarkan oleh informan Joko:

*“Pertemuan di GS adalah untuk keseluruhan anak gang, memang agak sulit menguasai mereka karena tingkat pengetahuan dan pemahaman mereka berbeda. Jadi saya memang hanya memberikan point-point yang penting saja*

*commit to user*

*dan tidak detail, yang penting nanti saat mereka datang ke klinik baru saya jelaskan..”*

Selanjutnya adalah elemen kedua dalam menunjang komunikasi yaitu penyampaian pesan yang tepat. Pesan yang efektif biasanya menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh penerima pesan, isinya lengkap dan spesifik menyangkut topic yang akan dibicarakan. Pesan akan semakin kuat diterima jika dalam menyampaikan pesan didukung oleh bahasa tubuh yang baik dan sesuai dengan pesan yang dibicarakan.

Dalam konteks konseling, memang akan lebih mudah menyampaikan informasi yang lebih tepat dibandingkan pada saat penyuluhan. Hal ini disebabkan oleh keberagaman dan *field of experience* dari audiens yang berbeda-beda. Ketika konseling, petugas hanya fokus pada satu orang dan akan lebih mudah memahami karakteristik pasien sehingga pesan yang disampaikan memang dibuat atau dirancang khusus bagi pasien tersebut. Inilah yang menjadi alasan mengapa pasien PSK merasa lebih senang ketika mereka melakukan konseling dibandingkan dengan penyuluhan.

*“Curhat lah tentang apa aja, apa yang kita rasakan atau keluhan tentang penyakit lebih enak di sini. Kan nggak di denger sama yang lain trus petugas juga pasti jaga rahasia kita”.*

Pernyataan informan Lola ditegaskan oleh informan Lela dari pihak klinik:

*“Konseling adalah suatu bentuk layanan yang kita berikan pada mereka dengan tujuan agar mereka peduli dengan kesehatannya dan mau mengubah dari perilaku seks yang tidak aman ke arah perilaku seks yang aman. Kalau kita bisa memberikan informasi yang jelas dan tepat, mereka pasti akan datang kemari lagi.”*

Informan Joko juga menyatakan hal senada:

*“Jadi konseling adalah ujung tombak dari strategi promosi klinik ini karena mereka merasakan langsung apa yang diberikan kepada mereka. Informasi, arahan dan bimbingan yang bersifat special..one by one..person to person..terpatri langsung pada benak mereka.”*

Melalui observasi yang peneliti lakukan, secara garis besar informasi yang disampaikan berkisar mengenai penyakit IMS yang diderita, pencegahan penyakit, perilaku seks yang aman, pengobatan dan antibiotic, pemberian kondom, pemberian materi KIE, rujukan tes HIV dan kesehatan reproduksi. Hanya saja dalam proses konseling, informasi tersebut dikemas disesuaikan dengan pasien yang datang sehingga pesan dapat tersampaikan dengan tepat dan efektif.

Elemen yang selanjutnya adalah komunikasi, dimana secara garis besar dapat dikatakan mereka berprofesi sama dan mereka termasuk masyarakat beresiko tinggi untuk dapat tertular IMS. Berkaitan dengan komunikasi, kemampuan komunikator dalam menganalisa komunikasi sebelum melakukan promosi kesehatan perlu dilakukan. Hal ini perlu dilakukan dengan tujuan memudahkan kerja komunikator serta keefektifan pesan yang disampaikan kepada komunikasi juga maksimal.

Menilik pada bahasan tahapan target Klinik IMS, sudah jelas terlihat bahwa terdapat dua jenis PSK yaitu mereka yang sudah masuk pada tahapan persiapan dan yang masuk pada tahapan tindakan. Tentunya hal ini harus dipahami oleh petugas klinik IMS karena sangat berpengaruh pada penentuan strategi yang akan digunakan. Berbeda dengan penyuluhan, pada konseling akan lebih mudah ditebak siapa komunikasi dari para petugas tersebut karena sifat komunikasinya interpersonal. Jadi proses penyampaian pesannya lebih efektif dibandingkan dengan kegiatan penyuluhan. Seperti dikatakan oleh informan Yanti yang peneliti kategorikan masuk dalam tahapan persiapan. PSK pindahan dari Tretes, Surabaya, ini mengaku sangat senang ketika petugas Klinik IMS menyambut baik kedatangan dirinya :

*“Konseling itu seperti ngobrol ya, bebas cerita dan kalau mau tanya tentang segala sesuatu ndak tegang..saya lebih jelas sekarang mengenai penyakit IMS”.*

Dinyatakan oleh informan Harini tentang pengetahuan akan komunikannya:

*“Saya hanya tahu mereka pada saat konseling saja, saya menjelaskan segala sesuatu yang dibutuhkan mereka sampai mereka jelas. Kalau pihak IMS belum terlalu jauh melangkah untuk mengamati siapa mereka dan bagaimana mereka..belum ada penelitian dari kita..selama ini hanya menjalankan tugas saja.”*

Memang sumber daya manusia di klinik ini tidak dapat berbuat banyak karena pekerjaan mereka tidak hanya di klinik tersebut tetapi merangkap juga sebagai petugas kesehatan di Puskesmas Baturraden II. Tentunya bukanlah hal mudah ketika hari-hari tertentu seperti Selasa dan Kamis, mereka harus siap untuk melayani para PSK, padahal pada saat yang sama mereka harus mengerjakan pekerjaan lain di Puskesmas Baturraden II.

### ***c. Enabling Factor***

Proses konseling akan berjalan dengan baik apabila ditunjang dengan sarana dan prasarana yang disediakan oleh klinik, misalnya tersedianya ruang khusus untuk konseling, tersedianya tenaga terlatih, tersusunnya jadwal pelayanan konseling, tersedianya format pencatatan kasus dan mekanisme rujukan. Ruang konseling yang disediakan pada Klinik IMS Baturraden dapat dikatakan cukup terbuka karena dapat dilalui secara bebas oleh petugas klinik dan pasien yang lain. Memang secara konsep konseling, ruangan ini kurang representative untuk dilakukan konseling secara mendalam karena menurut Hidayat (Komprehensif HIV-AIDS, 2010) idealnya ruang konseling justru harus dirancang sedemikian rupa agar lebih nyaman, bersifat rahasia bahkan pintu keluar dan pintu masuk pasien harus berbeda sehingga pasien tidak saling bertemu. Akan tetapi pada kenyataannya, banyak klinik yang hanya memiliki ruang sangat terbatas. Oleh karena itu, Hidayat memberikan kelonggaran apabila klinik tidak memiliki ruang tersendiri dapat berbagi pemakaian ruangan dengan

puskesmas atau klinik umum, tetapi prinsipnya tetap pelayanan untuk kenyamanan pasien. Terbukti dengan beberapa pendapat dari informan PSK yang tidak terlalu mengindahkan atau mempedulikan tata ruang agar mereka dapat berkonsultasi dengan bebas.

*“Semua orang punya masalah sendiri-sendiri dan petugas lain nggak pernah ikut nimbrung kalau lagi konsultasi, ya nggak masalah sih..biasa aja..”*

Pernyataan Yanti di atas ditekankan oleh informan Lola:

*“ Yang penting waktu diambil sekret di ruang tertutup, lain-lainnya nggak ambil pusing lah..”*

Memang terdapat dua ruangan tertutup, tetapi ruangan tersebut digunakan untuk layanan laboratorium dan pengambilan sekret. Sebenarnya ruang pengambilan sekret dapat digunakan untuk kegiatan konseling apabila semua pasien telah diambil sekretnya dan sekretnya sedang diolah di laboratorium. Otomatis ruangan tersebut dapat dialihkan sementara untuk proses konseling, tetapi hal itu jarang sekali terjadi. Ditambah lagi dengan tidak adanya permintaan atau komplain dari pasien PSK untuk menggunakan ruang tertutup.

Selain ruangan, konselor atau petugas Klinik IMS juga harus mengetahui persiapan yang dilakukan sebelum melakukan konseling, seperti menyediakan kelengkapan dokumen termasuk lembar *informed consent*, data pasien serta menyediakan alat bantu konseling seperti alat peraga dan media lain seperti leaflet, lembar balik, dan brosur (Hidayat dalam Komprehensif HIV-AIDS, 2010). Berdasarkan observasi yang dilakukan, persiapan tersebut telah tersedia, seperti data pasien tersimpan rapi di sebuah *filling cabinet* dimana lengkap tertulis nama pasien, umur, status, riwayat penyakit hingga terapi yang telah dilakukan. Hal ini sangat penting agar petugas tidak melakukan pengobatan ulang yang akan menyebabkan

*commit to user*

pasien resisten terhadap suatu obat. Dampaknya pada pasien, mereka akan merasa diperhatikan karena tidak perlu mengulang riwayat penyakit setiap kali kunjungan dan konselor akan menjadi lebih fokus untuk pemecahan masalah konseling saat itu. Selanjutnya penggunaan media cetak dan alat bantu juga digunakan agar proses konseling dapat berjalan efektif. Alat bantu yang digunakan pada Klinik IMS Baturraden adalah benda asli dan benda tiruan. Adapun lembar balik, brosur, leaflet juga tersedia untuk membantu menjelaskan berbagai penyakit kelamin, pencegahan serta terapinya. Dalam memberikan informasi seringkali pasien tidak dapat memahami dengan baik informasi yang disampaikan. Dengan memperlihatkan gambar-gambar, poster dan sebagainya akan sangat membantu penyerapan pemahaman. Seperti diungkapkan oleh Notoatmodjo (2003) pada dasarnya alat peraga dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin pada suatu obyek sehingga mempermudah persepsi. Bahan pengajaran yang hanya berupa kata-kata memiliki intensitas yang rendah sehingga diperlukan alat bantu agar dapat membantu memahami apa yang diungkapkan oleh komunikator karena setiap orang pasti memiliki pengalaman atau pengetahuan melalui bantuan alat peraga.

Selanjutnya mengenai alat bantu, benda asli yang dimaksud dalam media promosi adalah benda yang sesungguhnya baik benda hidup maupun mati. Dalam melakukan promosi atau PE, Klinik IMS Baturraden menggunakan benda asli yang berupa kondom wanita dan kondom laki-laki. Di kalangan PSK, kondom wanita tidak lazim digunakan tidak seperti kondom laki-laki. Bahkan sebagian besar dari mereka belum pernah melihat dan bahkan memakainya. Bentuk kondom ini memang berbeda dan agak repot memakainya, oleh karena itu tidak populer di kalangan mereka.



*“Memang lebih mudah penggunaan kondom laki-laki di banding perempuan karena secara anatomis memang mudah untuk dirancang.”*

Demikian diungkap oleh informan Ida yang ditimpali oleh informan Lela:

*“Kemarin saya mengajarkan PSK memakai kondom wanita dan kelihatannya penasaran, jadi ada beberapa dari mereka membawa pulang...walaupun agak sulit pemakaiannya, tetapi ini juga salah satu tindakan pencegahan penyakit IMS.”*

Biasanya sosialisasi kondom wanita dilaksanakan ketika konseling karena ketika penyuluhan dengan jumlah PSK yang cukup banyak tidak memungkinkan untuk memperagakan cara penggunaannya.

Selain benda asli, dalam promosinya Klinik IMS juga menggunakan benda tiruan seperti boneka organ genital perempuan dan laki-laki. Boneka ini baru saja dikururkan dari LSM LPPSLH pada tanggal 13 September 2012 kepada Klinik IMS Baturraden. Boneka genital perempuan ini biasanya digunakan untuk memberitahu cara penggunaan kondom wanita yang benar, penyakit-penyakit yang biasa timbul di daerah mana saja serta bagaimana cara merawat organ tersebut dengan baik. Sedangkan boneka genital laki-laki digunakan untuk mengedukasi bagaimana menggunakan kondom laki-laki yang tepat, penyakit kelamin laki-laki apa saja yang bisa timbul dan letak khas nya. Dalam pelaksanaannya, Klinik IMS Baturraden mengombinasikan seluruh alat peraga atau media promosi ketika melakukan konseling.

*“Dengan boneka ini, kami merasa sangat terbantu ketika memberikan konseling. Kalau hanya bicara dan memperlihatkan gambar saja terkadang mereka tidak punya gambaran secara gamblang.”*

Informan Lela juga menambahkan bahwa dengan alat peraga justru merangsang PSK untuk lebih antusias bertanya karena keingintahuan yang besar. Seperti pada konseling, ketika informan Lela menerangkan dengan menggunakan

alat bantu asli dikombinasikan dengan benda tiruan, PSK banyak yang ingin mencobanya sendiri pada boneka tersebut.



Gambar 4.10 . Gambar Alat Bantu Tiruan Organ Genital

Kombinasi metode atau alat bantu/media promosi kesehatan adalah mencampur berbagai metode dan alat bantu media/media pendidikan dengan maksud menghasilkan sebuah komunikasi yang akan jauh lebih efektif dalam pencapaian tujuan, dengan beberapa tahapan. Berikut tahapan yang harus dilalui, yaitu tetapkan cara apa yang ingin dicapai dengan pesan tersebut, menjajagi semua metode dan alat bantu/media yang tersedia, pelajari mana yang mungkin bisa dikombinasikan/atau dicampur, pilih kombinasi berdasarkan kemampuannya dalam menghasilkan frekuensi tersering, pelajari apakah kombinasi tersebut terjangkau dan disenangi sasaran, dan pertimbangkan juga sumberdaya yang dimiliki (Gondodiputro, 2007). Penggunaan media secara serempak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi dan efektifitas pesan.

Jadi pada dasarnya dalam merancang pengembangan media promosi kesehatan perlu memperhatikan beberapa hal, yaitu menetapkan tujuan,

*commit to user*

menetapkan segmentasi sasaran, mengembangkan positioning pesan, menentukan strategi positioning serta memilih media promosi kesehatan yang tepat. Dan setelah itu diimplementasikan, dimonitoring dan kembali lagi untuk dievaluasi apakah strategi pemilihan media masih layak atau harus diubah lagi.

### **B.3. Pemanfaatan Media Promosi Kesehatan.**

#### **B.3.1. Temuan di Lokasi Penelitian**

Menurut Winarso (2005) saluran komunikasi merupakan medium yang dilalui oleh pesan yang menjembatani antara sumber dan penerima. Penggunaan media massa dalam rangka mengonsumsi pesan-pesan kesehatan untuk masyarakat termasuk dalam metode pendidikan massa (Liliweri, 2009). Sasaran pendidikan bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan pendidikan. Oleh karena itu, pesan yang disampaikan harus dirancang agar ditangkap oleh massa tersebut. Berikut akan diuraikan beberapa media yang digunakan oleh Klinik IMS untuk mengefektifkan kegiatan promosi kesehatan, yaitu media cetak dan media elektronik. Biasanya pemanfaatan media ini pada program penyuluhan, konseling dan yang terbaru adalah pada program PE (*Peer Education*).

##### **a. Media Cetak**

Media cetak merupakan sebuah media statis yang mengutamakan pesan-pesan visual dan pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar, atau foto dalam tata warna. Contoh dari media ini adalah poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, flip chart, stiker dan pamphlet. Media jenis ini lazim digunakan oleh Klinik IMS dalam program promosi yang berupa konseling

karena jenis media ini tulisannya hanya dapat dibaca dalam jarak dekat sehingga penggunaannya disesuaikan pada saat komunikasi interpersonal atau dalam kelompok kecil. Dari sekian jenis alat peraga yang ada di klinik, media leaflet terbilang jumlahnya paling banyak dibanding media cetak lainnya dan biasanya boleh untuk dibawa pulang oleh pasien PSK agar dapat dibaca di rumah. Leaflet merupakan sebuah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat, isi informasinya berupa kalimat, gambar, atau kombinasi dari keduanya. Akan tetapi, leaflet yang bermaterikan IMS ragamnya sangat sedikit jika dibandingkan dengan ragam leaflet yang berjudul HIV/AIDS.



Gambar 4.11. Contoh Leaflet mengenai IMS

Selanjutnya, media cetak lain yang terdapat di Klinik IMS adalah poster, dimana poster ini memiliki lembaran yang lebih besar daripada leaflet dan ditempel di tempat-tempat tertentu seperti di ruang tunggu pasien atau ruang pendaftaran. Berdasarkan observasi, PSK biasanya mencari sesuatu yang dapat dibaca ketika menunggu antrian untuk diperiksa. Jika dihitung, poster yang menempel pada dinding Klinik IMS tidak lebih dari lima lembar dan jarang sekali diganti content atau penampilannya sehingga menimbulkan keengganan dari pasien untuk membacanya.



Gambar 4.12. Poster yang Terpasang di Ruang Tunggu Klinik IMS.

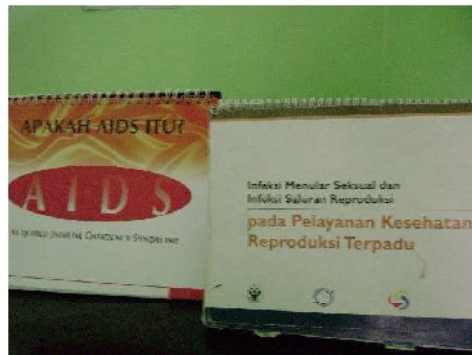
Selain poster juga terdapat *flip chart* atau lembar balik. Menurut pengamatan, lembar balik ini tersedia di ruang konseling dan jumlahnya juga hanya dua. Dari segi penampilannya sangat menarik, kertas yang digunakan cukup tebal, dari segi bahasanya pun mudah untuk dicerna. Gambar-gambar yang ditampilkan untuk mewakili keterangan yang ada di lembar balik tersebut, misalnya bagaimana cara menggunakan kondom tergambar dengan jelas cara pemakaiannya. Kemudian penyakit-penyakit IMS, selain dijelaskan dengan tulisan juga foto mengenai penyakit tersebut ditampilkan. Seperti dikatakan oleh informan Lola:

*“Kita jadi tahu kalau ada tamu yang kelaminnya sama dengan yang di foto kan kita jadi lebih waspada kalau itu penyakit. Kita bisa mutusin apa mau stop atau pake kondom.”*

Lembar balik ini tidak untuk dibawa pulang oleh PSK tetapi hanya digunakan oleh petugas klinik untuk fungsi edukasi karena PSK telah diberi leaflet yang isinya sebenarnya agak berbeda.

*“Jumlahnya memang sedikit dan datangnya entah kapan lagi. Ketika alat bantu datang, biasanya langsung ditulis mana yang untuk petugas dan mana yang untuk dibagikan.”* *commit to user*

Demikian penuturan informan Lela yang bertugas di pendataan pasien IMS.



Gambar 4. 13. Flip Chart yang Digunakan untuk Konseling

Informan Joko menjelaskan bahwa pengadaan media cetak berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dari Kementerian Kesehatan, serta ada juga yang berasal dari Komite Penanggulangan AIDS.

Selanjutnya media lain yang digunakan adalah *baliho*. *Baliho* disini memiliki fungsi sebagai petunjuk arah sekaligus penjelasan mengenai pelayanan Klinik IMS Baturraden. Peletakan *baliho* ini diletakkan di pinggir jalan raya Baturraden dengan petunjuk arah yang lengkap.

#### ***b. Media Elektronik***

Selain pemanfaatan media cetak, Klinik IMS juga memanfaatkan media elektronik. Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar serta penyampaiannya melalui alat bantu elektronika, contohnya televisi, radio, film, dan kaset. Selama observasi pada kegiatan penyuluhan dan PE, Klinik IMS menggunakan media elektronik berupa film yang ditayangkan dengan menggunakan LCD. Film yang biasa diputar adalah yang bertemakan

masalah-masalah HIV/AIDS yang intinya akan menimbulkan efek jera pada PSK.



Gambar 4.14. Pemutaran Film yang bertemakan HIV/AIDS

Strategi promosi kesehatan dengan memanfaatkan media ini termasuk strategi bina suasana. Bina suasana merupakan strategi yang digunakan dalam upaya untuk menciptakan suasana atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatannya serta menciptakan lingkungan sehat dan berperan aktif dalam setiap upaya penyelenggaraan kesehatan (Kementrian Kesehatan 2008).

Upaya strategi bina suasana salah satunya yaitu dengan mengandalkan media sebagai ujung tombaknya. Penggunaan media dilakukan dengan menggunakan poster, *leaflet*, dan juga video mengenai informasi kesehatan. Dalam melaksanakan bina suasana ini pihak Klinik IMS bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas dan Komisi Penanggulangan AIDS.

### B.3.2. Evaluasi Pemanfaatan Media

#### a. Predisposing Factor

Dalam hal ini, peneliti akan menyoroti tentang pengetahuan yang dimiliki oleh petugas Klinik IMS mengetahui macam-macam media yang biasa digunakan dalam kegiatan penyuluhan, konseling dan PE. Apakah mereka mengerti betul kegunaan serta keefektifan sebuah leaflet, lembar balik, poster atau mungkin video yang ditayangkan. Berdasarkan wawancara dengan informan Harini bahwa mereka hanya mendapat paket yang dikirimkan dari Komisi Penanggulangan AIDS melalui Dinas Kesehatan dan biasanya paket media komunikasi tersebut telah dibagi berdasarkan kebutuhan, misalnya ada yang untuk petugas dan mana yang bisa dibagikan. Selama ini mereka hanya mekanis menjalankan hal tersebut, jadi tidak pernah dilakukan evaluasi apakah media tersebut sudah tepat dengan sasaran atau belum. Seperti diungkap oleh informan Ida:

*“Kita sih cuma tinggal pake dan bagi aja, rata-rata ya materinya sama terus sih..”*

Selanjutnya, untuk pemanfaatan dinding ruang tunggu untuk menempel poster dengan jumlah lebih dari satu lembar sudah sangat tepat karena PSK menghabiskan waktu lebih lama dibanding di ruangan lain. Memang, di laboratorium dan ruang pengambilan sekret terdapat poster tetapi tidak sebanyak di ruang tunggu. Hal ini disebabkan PSK tidak akan sempat untuk memperhatikan dengan lebih teliti apa saja yang ada di ruangan tersebut, misalnya ketika diambil sekret. Hanya saja poster yang dipajang sudah lama tidak diperbarui dan tidak menarik lagi untuk dibaca karena informasinya tidak *up to date*. Berdasarkan observasi, pasien PSK yang datang tidak tertarik untuk



membacanya, padahal mereka duduk di ruang tunggu dalam jangka waktu yang cukup lama untuk mengantri.

Setiap media atau saluran komunikasi memiliki karakteristik masing-masing seperti misalnya material cetak yang berupa brosur atau leaflet memiliki karakteristik yang berbeda dengan poster dimana brosur dapat memuat berbagai informasi, khususnya untuk isu yang kompleks. Brosur biasanya diambil oleh audiens yang memang memiliki ketertarikan dan keinginan yang kuat untuk membacanya, selain itu juga tidak cocok bagi audiens yang memiliki keterbatasan wawasan atau *literature*. Jadi brosur memang digunakan untuk tindak lanjut sebuah promosi dan biasanya digunakan bersamaan dengan media promosi lainnya. Sedangkan poster perlu di disain semenarik mungkin karena biaya produksinya lebih mahal dan tidak menyediakan informasi yang detail sehingga perlu perencanaan yang sangat matang. Pilihan kata-kata harus tepat, efektif serta tidak bermakna ganda (Weinreich, 1999).

Jadi petugas Klinik IMS Baturraden memang tidak dilibatkan oleh pemerintah dan KPA untuk pembuatan media komunikasi tersebut akibatnya petugas seakan tidak peduli dengan media yang digunakan. Faktanya, petugas tersebut adalah ujung tombak promosi klinik dan mereka yang tahu persis kondisi di lokalisasi serta keadaan PSK secara detail.

Serupa dengan media cetak tersebut, penayangan film sebagai fungsi edukasi juga bukan inisiatif dari pihak klinik akan tetapi dari KPA. Sekali lagi, Klinik IMS hanya sebagai penyaji materi yang sebenarnya semua telah disiapkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dan KPA. Mereka tidak tahu menahu mengenai film apa yang akan ditayangkan dan apa tujuan dari penayangannya. Selama

peneliti menonton film yang disuguhkan ketika PE, pesan rupanya tidak sampai kepada audiens PSK. Hal ini terlihat pada suasana di ruangan PE dimana beberapa dari audiens *ngobrol* dengan kawannya dan ada juga yang aktif menggunakan ponselnya. Praktis, film tersebut kurang mengena sasaran sehingga tidak mendapat respon positif dari audiens.

Faktanya, film merupakan bagian dari komunikasi massa yang dapat menggugah emosi dan sentiment serta mempengaruhi tingkah laku dan pikiran manusia dan efeknya lebih efektif daripada radio dan pers. Menurut Etik (dalam Fajar, 2009) film mempunyai “*power influence*” yang sangat besar karena berbagai factor yang melingkupinya yang menyebabkan orang mudah untuk menerima dan meresapkan film ke dalam benaknya. Selain itu, penonton film tidak harus memiliki pendidikan yang tinggi karena seorang buta huruf pun dapat mengerti dan memahami sebuah film.

#### ***b. Reinforcing Factor***

Pada faktor ini, *audience response* dan *process influence* akan peneliti soroti. Terpaparnya PSK oleh media apakah menarik perhatian mereka ataukah justru sebaliknya, apakah mereka memberikan *feed back* positif, negatif atau tidak ada reaksi apapun. Selanjutnya, jika ada *feed back* dari PSK saluran manakah yang paling efektif dan mana saluran yang harus dikaji ulang.

*Feed back* atau umpan balik dengan menggunakan media biasanya bersifat tertunda atau pengembalian reaksi suatu pesan terhadap sumbernya tidak terjadi pada saat yang sama, melainkan tertunda sampai media tersebut beredar (Fajar, 2009). Pada penelitian ini, media yang digunakan untuk promosi berupa

leaflet, brosur, poster, lembar balik, dan film. Biasanya media yang bisa dibawa pulang oleh PSK setelah penyuluhan atau konseling adalah *leaflet*. Media ini berisi berbagai macam informasi yang dibutuhkan oleh PSK karena berisi seputar kesehatan genital, penyakit menular seksual dan cara pencegahannya. Pemanfaatan media ini dirasa cukup bervariasi karena Klinik IMS secara berkala mendapat bantuan *leaflet*. Walaupun informasi atau pesan yang disajikan serupa akan tetapi tampilan selalu berubah, baik dari *layout*, warna, typografi, gambar, desain grafis, bahan dan ukuran.

Media ini mendapat tanggapan yang beragam dari beberapa informan, ada yang membawa pulang *leaflet* tersebut namun tidak pernah dibaca, ada yang sering membolak-balik *leaflet* dan membacanya untuk ditanyakan pada petugas klinik ketika konseling serta ada pula yang meninggalkan begitu saja di kursi aula saat penyuluhan usai. Seperti pernyataan informan Yanti yang merupakan PSK pindahan dari Lokalisasi Tretes di Surabaya:

*“Saya belum pernah dapet informasi seperti ini ya buat saya penting banget, makanya saya suka nanyain kalo ada yang nggak jelas.”*

Pendapat tersebut dibenarkan oleh informan Ida dari Klinik IMS:

*“Biasanya kalo anak baru antusias nanyain macem-macem, beda dengan anak lama biasanya cuek. Tapi kalo pas konseling kita ngejelasin pake lembar balik mereka suka banyak nanya.”*

Pemanfaatan media dengan dibarengi komunikasi interpersonal membuat pesan dalam media tersebut menjadi sangat jelas. Terbukti pada saat konseling, penggunaan lembar balik oleh petugas yang mencakup informasi dan gambar-gambar penyakit menular seksual banyak menimbulkan pertanyaan. Melihat karakteristik media yang memiliki umpan balik tertunda menyebabkan informan lupa untuk menanyakan kembali informasi yang kurang jelas yang ada dalam

*commit to user*

leaflet tersebut. Berbeda ketika penggunaan media berbarengan dengan konseling, PSK dapat langsung menanyakan hal-hal yang tidak dipahami pada lembar balik dan langsung mendapat umpan balik dari petugas klinik. Rupanya peran media seperti *leaflet* atau lembar balik menjadi sangat efektif ketika dibarengi dengan komunikasi interpersonal antara PSK dan petugas Klinik IMS.

Selanjutnya, akan dievaluasi mengenai isi dan tampilan dari leaflet yang dibagikan pada PSK. Berdasarkan pengamatan, peneliti menemukan bahwa leaflet yang disediakan oleh Klinik IMS sebagian besar membahas mengenai HIV/AIDS bukan mengenai IMS itu sendiri. Hampir semua leaflet yang peneliti amati, hanya satu atau dua leaflet yang membahas mengenai IMS. Padahal IMS merupakan pintu gerbang masuknya virus yang melemahkan kekebalan tubuh manusia tersebut. Keluhan PSK kebanyakan pada organ genitalnya dan mereka banyak bertanya tentang IMS, jarang ada yang perhatian pada HIV/AIDS.



Gambar 4.15. Leaflet yang Dibagikan pada PSK

Seperti diwawancara usai program PE di rumah makan Pring Sewu Baturraden, bahwa ungkapan dari dokter Klinik IMS Baturraden yang menyatakan luka atau lecet di daerah genital membuka peluang virus HIV/AIDS masuk ke dalam sistem kekebalan tubuh, informan Dewi mengatakan:

*commit to user*

“Saya baru tahu hubungan antara penggunaan kondom dengan IMS dan AIDS setelah dijelasin sama dokternya tadi...abis di leaflet gak ada sih keterangan tentang IMS.”

Selain itu juga ada sebuah slogan di dalam sebuah leaflet yang menimbulkan pertanyaan peneliti apakah slogan ini cocok untuk promosi pada PSK. Slogan tersebut berbunyi “Ingatlah ABC untuk mencegah penularan, yaitu Anda tidak melakukan hubungan seksual, Bersikap saling setia dengan pasangan dan Cegah dengan memakai Kondom. Anjuran C memang sangat cocok ketika sasaran leaflet adalah para PSK tetapi terdengar agak aneh ketika ajakan yang A dan B disasarkan untuk para PSK. Profesi dan penghidupan PSK adalah dari transaksi seksual, jadi tidak mungkin untuk setia dengan pasangan karena “tamu” yang datang berganti-ganti. Apalagi untuk tidak melakukan hubungan seksual, jelas ajakan tersebut sangat tidak cocok. Sebenarnya lebih tepat bila leaflet ini ditujukan oleh para “tamu” atau masyarakat umum yang beresiko tinggi, seperti istri yang suaminya sering bepergian lama dan jauh serta buruh migrant.



Gambar 4. 16. Leaflet yang Berslogan ABC

### ***c. Enabling Factor (faktor pemungkin)***

Faktor ini merupakan faktor yang memungkinkan suatu motivasi direalisasikan, dalam bahasan ini akan dievaluasi mengenai fasilitas yang

*commit to user*

diberikan oleh Dinas Kesehatan atau KPA mengenai media komunikasi dan alat bantu promosi Klinik IMS. Seperti dijelaskan di atas, segala fasilitas media komunikasi berupa leaflet, brosur, maupun poster merupakan sepenuhnya bantuan dari dinas terkait. Tidak satu pun sarana maupun prasarana yang diusahakan sendiri oleh Klinik IMS, bukan hanya media komunikasi bahkan lembar data pasien, peralatan laboratorium, sampai petugas yang ditunjuk adalah otoritas atau kewenangan penuh dari Dinas Kesehatan. Klinik tidak memiliki ruang gerak yang cukup leluasa dalam mengkreasikan sebuah program atau merancang suatu pesan promosi.

*“Kita tidak diberi anggaran khusus promosi ya semua drop-drop an dari dinas, tinggal nurut saja.”*

Demikian diungkapkan oleh informan Wahyanto yang seringkali memiliki ide untuk menciptakan suatu program promosi yang tepat sasaran akan tetapi terhambat oleh anggaran. Sebenarnya, untuk mencapai program promosi yang efektif dapat digunakan program kemitraan. Program ini merupakan salah satu strategi dasar promosi kesehatan yang sudah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VII/2005. Kemitraan merupakan strategi promosi kesehatan yang berupaya untuk meningkatkan efektivitas promosi kesehatan. Pada strategi ini maka petugas kesehatan (promotor kesehatan) harus bekerjasama dengan pihak-pihak lain yang terkait dalam proses pelaksanaan promosi kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2008). Kemitraan merupakan strategi yang harus dilakukan oleh semua promotor kesehatan karena dengan strategi kemitraan ini maka dapat dijalin sebuah kerjasama yang memudahkan pelaksanaan promosi kesehatan. Kemitraan juga harus dilakukan dengan baik agar menunjang pelaksanaan strategi lainnya.

*commit to user*

## B.4. Program Peer Education /Pendidik Sebaya

### B.4.1. Temuan di Lokasi Penelitian

Siang itu sekitar pukul 11.00 WIB tanggal 13 September 2012, peneliti untuk kali pertama melangkahkan kaki di halaman sebuah restoran berkonsep taman yang ada di dekat lokawisata Baturraden sekaligus berlokasi sedikit ke utara dari lokalisasi Gang Sadar. Menurut undangan yang peneliti dapatkan, sebentar lagi akan diselenggarakan kegiatan Peer Educator (PE) oleh LSM LPPSLH di restoran ini yang bekerja sama dengan Klinik IMS Baturraden. Sekali lagi, staf dari Klinik IMS diundang sebagai pemateri utama. Tentunya kesempatan ini tidak disia-siakan sebagai strategi promosi kesehatan klinik.



Gambar 4.17. Informan Joko sedang Menyuluh PE

Bertempat di aula Restoran Pring Sewu Baturraden, acara ini dihadiri oleh informan Darkim dan dua puluh PSK yang telah ditunjuk oleh penjangkau. Acara ini memang tergolong agak jarang dilakukan dibanding kegiatan penyuluhan yang rutin diselenggarakan. Pendekatan PE diharapkan akan mempercepat penyampaian dan penerimaan informasi di kelompok sebaya karena diberikan oleh orang yang memiliki kesamaan latar belakang profesi sehingga secara psikologis merasa lebih dekat. Selain itu, cara atau metode yang dipergunakan lebih bersahabat dan

*commit to user*

disesuaikan dengan keseharian mereka. Biasanya pendidik sebaya adalah orang yang berasal dan aktif di komunitasnya, dipercaya oleh temannya, dan mau terlibat dalam kegiatan-kegiatan pemberian informasi bagi sebayanya. Berikut dinyatakan oleh informan Joko:

*“Kegiatan ini memang sangat tepat sebagai upaya yang komprehensif dalam rangka perubahan perilaku. Mereka yang dipilih menjadi PE adalah pilihan dari komunitasnya karena nantinya mereka yang akan mendidik komunitasnya.”*

Informan Darkim mengaku memilih mereka yang datang adalah yang memiliki teman cukup banyak:

*“Untuk kali ini saya mesti selektif, nggak asal comot...kriterianya ya yang temennya banyak, supel, lebih cerdas dan tamunya juga banyak..jadi nggak percuma pertemuan ini, ya ada hasilnya lah.”*

Berdasarkan observasi pada kegiatan PE ini, memang terlihat suasana yang cukup berbeda dibanding pada saat penyuluhan. Memang peserta tidak seluruhnya aktif bertanya akan tetapi sebagian besar dari mereka cukup responsif ketika diajak untuk berdiskusi. Pada sesi permainan pun, peserta melakukannya dengan senang. Informan Lola peneliti lihat sangat aktif semenjak awal pertemuan hingga akhir bahkan terkesan sangat bersemangat.

*“Nggak malu lah nanya-nanya soal IMS kan yang datang temen-temen sendiri, apalagi saya juga nggak tau banyak soal IMS jadi sekalian aja nanya kan ada dokternya..”*



*commit to user*



Gambar 4.18. Suasana Kegiatan PE di RM Pringsewu Baturraden

Biasanya yang menghalangi peserta untuk berpartisipasi aktif ketika diadakan ceramah atau penyuluhan adalah rasa malu atau tidak berani karena berbagai alasan, apalagi tema yang dihindarkan seputar kesehatan genital dan IMS. Namun dengan PE ini, hambatan untuk memperoleh pemahaman yang lebih dalam tentang hal tersebut dapat diatasi karena sifatnya yang informal dan lebih banyak berupa pertemuan tatap muka langsung atau interpersonal.

Pada dasarnya, PE merupakan cara penyampaian informasi dari, oleh dan untuk kelompok tertentu dalam suatu masyarakat. Kelompok-kelompok ini biasanya adalah kelompok yang sulit, karena situasi dan kondisinya, untuk memperoleh berbagai macam informasi yang sangat penting pengaruhnya bagi kehidupan mereka. Seperti dikemukakan oleh informan Joko:

*“PE ini biasanya memang digunakan pada komunitas tertentu, seperti di GS. Mereka tidak selalu terpapar media sehingga informasi yang didapat juga sangat minim. Ditambah lagi, mereka juga kesulitan mencari atau bertanya karena pekerjaan mereka.”*

Stigma negative yang melekat pada profesi mereka menyebabkan terbatasnya akses informasi yang benar mengenai IMS. Stigma dalam ranah komunikasi merupakan bagian dari komunikasi non verbal, walaupun tidak dikatakan atau diolok-olok langsung oleh masyarakat tetapi dapat dirasakan secara psikologis oleh para PSK. Hal ini lah yang menyebabkan mereka enggan untuk mencari informasi, malu dan takut untuk bertanya atau berkonsultasi. Padahal proses pendampingan harus terus berjalan, maka dibutuhkan PE agar komunikasi berjalan dengan lancar.

Program PE terbilang masih baru di Klinik IMS dan belum diketahui secara pasti hasil dari implementasinya. Kegiatan ini masih terus dipantau dan didampingi karena PSK yang ditunjuk menjadi PE juga masih belum mengerti betul mengenai tugas yang harus dilakukan serta apa saja yang harus dipelajari. Membutuhkan waktu yang lama bahkan nantinya juga perlu dievaluasi apakah PE yang ditunjuk dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Seorang PE harus dapat memenuhi kemampuan-kemampuan dasar, seperti kemampuan berkomunikasi dengan baik, baik verbal maupun non verbal. Selain itu, juga harus mampu mendorong kawannya untuk dapat mengungkapkan apa yang dipikirkan atau sedang menjadi permasalahan yang dihadapi.

Seperti diungkapkan oleh informan Darkim:

*“Kan enak sama temennya sendiri, kadang kalau sama saya pada malu.”*

Demikian dikatakan oleh informan Wahyanto yang sangat berharap pada keberhasilan program PE ini.

*“ Kami sangat mengharapkan program PE dapat berjalan dengan baik karena sebenarnya ini adalah salah satu program promosi yang dilakukan tanpa biaya yang berarti tetapi dirasa cukup efektif dalam menanamkan informasi yang tepat pada PSK.”*

Ditambahkan oleh informan Joko:

*“Apalagi anggaran kita sangat minim, jadi harus mencari celah atau strategi yang efektif dan biaya serendah-rendahnya.”*

Awal dari kegiatan PE di GS adalah memberdayakan ke dua puluh PE ini untuk menjadi *role model* dan pelopor bagi penerimaan perilaku yang diharapkan di dalam kelompoknya. Untuk itu, klinik ini bekerja sama dengan LSM LPPSLH untuk mengorganisir PE dengan cara membentuk sistem koordinasi antara pendidik sebaya, membangun motivasi yang terus menerus, menyiapkan bantuan

teknik, menyediakan wadah komunikasi antar pendidik sebaya, membangun jaringan yang kuat, dan melakukan monitoring dan evaluasi.

Apabila selama ini PSK di GS telah mendapatkan penyuluhan berkala dan konseling yang kondusif di Klinik IMS, maka dengan program PE akan menguatkan apa yang telah dikatakan pihak klinik sepenuhnya adalah benar dan memang keinginan klinik akan perubahan perilaku PSK sangat besar.

#### **B.4.2. Evaluasi Program Peer Education**

Program ini baru satu kali diadakan dan masih belum terlihat tindak lanjut kegiatannya hingga penulisan penelitian ini. Hal ini yang mendasari peneliti belum dapat mengevaluasi program yang tergolong baru dan masih dalam tahap percobaan ini.

Nantinya tugas PE ini dapat dikatakan tidak mudah karena ketika seseorang terstigma negative, maka akan ada tiga kemungkinan perilaku yang akan diambil. Pertama, mereka akan menarik diri dari lingkungannya. Walaupun berprofesi sama sebagai PSK akan tetapi perilaku seksual mereka berbeda-beda dan ini membuat mereka merasa malu atau bersalah sehingga tidak menceritakan pada PE. Kedua, PSK akan tetap bergaul dan berinteraksi seperti biasanya tetapi mereka menyembunyikan statusnya, seperti misalnya mereka tidak menceritakan bahwa mereka tidak pernah menggunakan kondom ketika menerima “tamu”, atau memiliki keluhan pada organ genitalnya bahkan ketika seorang PSK mengidap HIV positif. Selanjutnya yang ketiga adalah kebalikan dari dua kemungkinan tersebut, yaitu PSK akan terbuka menceritakan kepada PE dengan tujuan agar teman seprofesi lainnya tidak mengalami kondisi serupa.

Ketiga hal ini sangat penting karena biasanya kebiasaan PSK yang cenderung tidak terbuka karena pengaruh psikologis dari stigma yang tercipta. Menurut Sandra Petronio (Littlejohn,2005) seseorang dalam berinteraksi akan secara otomatis mengelola batasan-batasan antara area public dan area pribadi. Dalam diri PSK di sini, terjadi sebuah negosiasi peraturan bagaimana sebuah informasi akan dikelola, apakah akan disimpan oleh diri sendiri atau dikomunikasikan dengan orang lain. Tentunya hal ini sangat berkaitan dengan resiko yang akan dihadapi. Jadi, seorang PE harus mampu menjamin bahwa apa yang menjadi pikiran atau permasalahan seseorang memang layak dan sangat berarti untuk dibicarakan sehingga dengan jaminan itu seseorang menjadi lebih berani terbuka dan terus terang.

Di samping itu, juga PE harus dapat menjaga rahasia pribadi dari mereka yang pernah berkeluh kesah atau berbicara dengannya. Dalam teori manajemen kebebasan pribadi, ketika seseorang menceritakan mengenai rahasianya atau memperlihatkan stigmanya kepada pendengar, maka pendengar akan menjadi pemilik informasinya. Di sini, pemilik informasi harus bertanggungjawab untuk memberi ajaran dan menegakkan aturan kerahasiaan.


Dengan stigma yang tercipta inilah pada dasarnya PE harus dapat menguasai komunikasi interpersonal, dimana komunikasi ini memiliki efek besar dalam hal mempengaruhi orang lain terutama per individu. PE dan PSK GS adalah rekan seprofesi, mereka saling mengenal satu sama lain sehingga dimungkinkan PE akan mengerti kondisi psikologis rekannya. Dengan begitu, PE akan mengkondisikan komunikasi yang terjalin sesuai dengan keadaan psikologis mereka.


Dalam tugasnya, PE akan menjalankan setidaknya komunikasi ini terdapat empat pendekatan yaitu informative, dialogis, persuasive dan instruktif. Keempat pendekatan ini pada kenyataannya akan berjalan dalam suasana informal dan tidak berkesan menggurui antara PE dengan kawannya.


### C. Matrikulasi Evaluasi Promosi Kesehatan pada Pekerja Seks Komersial

Strategi Promosi Kesehatan	Implementasi	Evaluasi
Penyuluhan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kegiatan penyuluhan dilakukan secara rutin setiap tanggal 20 setiap bulan dengan sasaran PSK.</li> <li>• Kegiatan rutin ini merupakan permintaan dari Pagertepi GS dengan mengundang pihak klinik sebagai pembicara.</li> <li>• Adapun penyuluhan juga dilakukan secara insidental, biasanya karena permintaan dari LSM LPPSLH atau dari Polsek Baturraden.</li> <li>• Inti/materi dari setiap penyuluhan berkisar mengenai proses penyakit, bahaya, serta pemeliharaan kesehatan kelamin.</li> <li>• Penyuluhan dilakukan oleh staf klinik IMS tetapi seringkali yang menjadi narasumber adalah dokter klinik IMS</li> <li>• Intinya penyuluhan hanya bersifat mekanis/permintaan dari pihak luar klinik karena minimnya anggaran jika harus menyelenggarakan secara mandiri</li> <li>• Kesempatan inilah yang dijadikan sebagai ajang promosi klinik IMS puskesmas II Baturraden</li> <li>• PSK terlihat malas-malasan untuk datang pada setiap penyuluhan</li> </ul>	<p><b>a. Predisposing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beberapa informan yang baru masuk lingkungan GS menyatakan puas akan program penyuluhan ini.</li> <li>• Beberapa informan PSK lama menyatakan kebosanan terhadap program penyuluhan karena materi yang disampaikan tidak menarik dan komunikator/narasumber dalam menyampaikan informasi kurang jelas.</li> <li>• Pada PSK GS yang tinggal lebih dari 8 bulan seringkali mengalami ketidakpatuhan dalam penggunaan kondom /PSK banyak yang relaps.</li> <li>• Kondisi relaps ini menyebabkan malasnya datang ke penyuluhan</li> </ul>

*commit to user*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mereka terpaksa datang karena denda sebanyak Rp. 50.000,- bila tidak datang ke penyuluhan ini.</li> <li>• Berdasarkan predisposing factor, penyuluhan tidak berhasil.</li> </ul> <p><b>b. Reinforcing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dari segi kompetensi, penyuluh /penyaji cukup memadai</li> <li>• Akan tetapi dari cara penyampaian pesan, pesan kurang jelas dan terkesan terburu-buru.</li> <li>• Selain itu petugas kurang dapat memahami tahapan pemahaman audiens tidak dapat menguasai audiens ketika melakukan penyuluhan.</li> <li>• Penyuluhan dilakukan dalam jumlah besar dan tidak fokus.</li> <li>• Peran serta penjangkau cukup baik dalam dalam usaha mengkoordinasikan kedatangan PSK ketika penyuluhan</li> <li>• Penjangkau dapat bertindak tegas pada PSK bila mereka tidak mau datang ke penyuluhan</li> <li>• Penjangkau selalu membantu menyukseskan program penyuluhan dengan melakukan</li> </ul>
--	--	---

		<p>penyuluhan pada papi mami agar anak-anaknya mau datang, dan ini dinilai cukup berhasil.</p> <p><b>c. Enabling Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aula yang disediakan terletak di lokasi GS sehingga tak perlu jauh-jauh mencapainya.</li> <li>• Gedung aula terbilang baru dan suasana cukup kondusif.</li> <li>• Sarana dan prasarana yang disediakan oleh klinik IMS cukup memadai.</li> <li>• Jarak tempuh antara GS dan klinik IMS sangat dekat sehingga memungkinkan PSK datang ke klinik</li> <li>• Biaya yang ditetapkan sangat terjangkau yaitu Rp. 20.000 sehingga penulis anggap cukup menarik bila dibandingkan dengan klinik swasta.</li> </ul>
<p>Konseling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi yang memang menjadi andalan klinik IMS Baturraden.</li> <li>• Konseling dilakukan sejak mendaftar hingga sekret PSK diolah di laboratorium.</li> <li>• Kegiatan konseling dilakukan oleh semua petugas klinik.</li> <li>• PSK sangat terbuka pada petugas mengenai keluhannya.</li> <li>• PSK merasa nyaman karena petugas sangat perhatian, tidak membedakan dan solutif.</li> <li>• Klinik IMS selalu mencoba membuat suasana yang kondusif sehingga proses konseling dapat berjalan lancar.</li> </ul>	<p><b>a. Predisposing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas klinik tidak memahami secara teori mengenai tipe-tipe pengadopsi dan tahapan perilaku masing-masing PSK.</li> <li>• PSK mengaku sangat puas dengan konseling yang difasilitasi oleh pihak klinik.</li> <li>• Petugas melakukan proses konseling yang secara alamiah dan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinik IMS selalu menjaga kerahasiaan pasien.</li> <li>• Ruang konseling yang digunakan cukup terbuka.</li> </ul> 	<p>menganggap satu persatu pasien unik serta perlu penanganan yang berbeda, walaupun secara teori mereka tidak memahami.</p> <p><b>b. Reinforcing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas kesehatan menggunakan komunikasi terapeutik yang sangat baik.</li> <li>• Petugas memperlakukan dengan baik setiap pasien tanpa membedakan.</li> <li>• PSK sangat menyukai dengan sikap, perilaku yang dibawakan petugas IMS.</li> <li>• Konseling lebih mendapat tanggapan positif dibanding penyuluhan.</li> <li>• Tahapan kesadaran PSK terbagi menjadi tahapan persiapan dan tahapan tindakan.</li> </ul> <p><b>c. Enabling Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang yang digunakan sebenarnya kurang nyaman secara teori.</li> <li>• PSK mengaku tidak peduli dengan tata ruang dengan klinik tersebut.</li> <li>• <i>Informed consent</i>, data pasien tercatat dan tersusun rapi dalam <i>filling cabinet</i>.</li> <li>• Alat bantu asli dan tiruan tersedia di klinik.</li> </ul>
--	---	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Media komunikasi selalu tersedia seperti leaflet, brosur, lembar balik dan dapat dikatakan cukup memadai.</li> </ul>
Pemanfaatan Media Komunikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selama promosi baik di program penyuluhan, konseling selalu digunakan media cetak dan elektronik seperti leaflet, brosur, poster, lembar balik dan film.</li> <li>• Media promosi kesehatan tidak dibuat oleh petugas klinik IMS tetapi merupakan bantuan KPA dan Dinas Kesehatan Propinsi.</li> <li>• Leaflet yang tersedia cukup banyak bila dibandingkan poster dan lembar balik.</li> <li>• Leaflet dibagikan secara cuma-cuma pada pasien IMS.</li> <li>• Lembar balik digunakan pada saat konseling.</li> <li>• Poster ditempelkan di ruang tunggu pasien, tempat pengambilan sekret dan ruang konseling.</li> <li>• Terdapat juga baliho yang terpasang di pinggir jalan raya Baturraden sebagai penunjuk arah.</li> <li>• Film digunakan pada saat penyuluhan untuk memunculkan efek jera.</li> </ul>	<p><b>a. Prediposing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paket media yang dikurcurkan tidak pernah dievaluasi oleh pihak klinik apakah sesuai dengan sasaran PSK atau tidak.</li> <li>• Petugas bersikap pasif terhadap media yang dan hanya memanfaatkan sesuai petunjuk dari dinas kesehatan dan KPA.</li> <li>• Poster yang terpampang jumlahnya terbatas dan tidak sering berganti sehingga bagi yang membacanya terkesan membosankan.</li> <li>• Penayangan film pada proses penyuluhan selama ini tidak mengenai sasaran.</li> </ul> <p><b>b. Reinforcing Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaflet yang diberikan pada saat penyuluhan mendapat tiga jenis respon dari PSK yaitu dibawa pulang dan dibaca, dibawa pulang, dan tidak dibawa pulang.</li> <li>• Media cetak seperti leaflet akan lebih efektif bila dibarengi dengan komunikasi interpersonal.</li> <li>• Isi leaflet sering kali tidak mengena pada sasaran, PSK tidak</li> </ul>

		<p>mengetahui hubungan antara HIV/AIDS dengan IMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaflet yang beslogan ABC kurang tepat bila diberikan pada PSK.</li> </ul> <p><b>c. Enabling Factor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketiadaan anggaran pembuatan media komunikasi sehingga klinik tidak dapat membuat media yang tepat sasaran.</li> <li>• Perlunya program kemitraan dan bina suasana dalam membuat media komunikasi.</li> </ul>
<p>Peer education (PE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baru dilakukan satu kali pada tanggal 13 september 2012.</li> <li>• Disponsori LSM LPPSLH dengan narasumber petugas klinik IMS Baturraden.</li> <li>• Dihadiri oleh 20 PSK yang ditunjuk oleh penjangkau untuk menjadi PE dilingkungan GS.</li> <li>• Pada program PE digunakan media komunikasi berupa film dan alat peraga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum dapat dievaluasi karena merupakan program baru dan masih dalam tahap ujicoba.</li> </ul>

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) Baturraden merupakan merupakan satu-satunya klinik di wilayah Banyumas yang ditunjuk untuk menangani kegiatan layanan kegiatan seksual. Sesuai dengan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh KPA, kegiatan yang harus dilakukan klinik ini cukup beragam, diantaranya melaksanakan kegiatan pencegahan seperti promosi kondom dan seks aman, memberikan layanan pemeriksaan dan pengobatan bagi mereka yang telah tertular IMS, memberikan layanan KIE tentang mitos penggunaan obat-obat bebas untuk mencegah atau mengobati IMS, serta memberikan layanan konseling, pemeriksaan, dan pengobatan bagi pasangan tetap klien pekerja seksual melalui *system partner notification*.

Klinik ini memiliki dua target sasaran yaitu mereka yang memiliki tingkat resiko tinggi dan mereka yang memiliki tingkat resiko rendah tertular penyakit menular. Akan tetapi target utama dari klinik ini adalah mereka yang memiliki resiko tinggi seperti Pekerja Seksual Komersial (PSK) di wilayah Lokalisasi Gang Sadar. Keberadaan klinik yang secara geografis berdekatan dengan lokalisasi tersebut memiliki fungsi kontrol terhadap penularan IMS agar penularan IMS pada sub populasi beresiko dapat dipersempit.

Berbagai program promosi kesehatan yang ditujukan pada komunitas PSK telah seringkali dilakukan agar mereka sadar akan pentingnya menjaga organ genital tetap sehat walaupun sebenarnya sangat rentan tertular IMS karena profesinya. Berdasarkan observasi, wawancara, studi dokumentasi, serta hasil

*commit to user*

analisa dengan menggunakan model PRECEDE-PROCEED diimbui dengan mengaplikasikan teori-teori yang ada peneliti menyimpulkan bahwa selama ini Klinik IMS Baturraden telah melaksanakan tiga macam kegiatan promosi, diantaranya program penyuluhan, program konseling, pemanfaatan media serta yang terbaru adalah program peer education.

1. Program penyuluhan yang rutin dilakukan ternyata bukan inisiatif dari Klinik IMS Baturraden akan tetapi merupakan permintaan dari Pagertepi Gang Sadar, LSM LPPSLH dan Polsek Baturraden. Akan tetapi klinik menggunakan kesempatan ini sebagai ajang promosi kesehatan. Program ini dianggap kurang berhasil karena beberapa faktor diantaranya kondisi PSK seringkali mengalami relaps atau kambuhan karena teknik komunikasi petugas sangat monoton. Mereka datang pada kegiatan penyuluhan karena ancaman denda dan bukan karena kesadaran sendiri. Walaupun petugas klinik dinilai cukup kompeten dilihat pendidikan dan masa kerjanya akan tetapi tidak menguasai audiens dan teknik komunikasi yang sesuai tahapan perilaku audiens sehingga tidak timbul suasana yang kondusif ketika penyuluhan berlangsung. Selanjutnya, berdasarkan analisis fasilitas, sarana dan prasarana yang mendukung sebenarnya cukup baik. Ruang aula GS yang digunakan penyuluhan cukup menampung dua ratus peserta, gedungnya terbilang baru dan suasananya sejuk, kemudian jarak antara tempat tinggal PSK dengan aula cukup ditempuh dengan berjalan kaki sehingga tidak ada alasan untuk tidak datang karena jauh. Sebagai proses tindak lanjut dari kegiatan promosi adalah datangnya PSK ke klinik. Jarak tempuh antara GS dengan klinik sangat dekat

- dan biaya pengobatan yang sangat terjangkau sangat memungkinkan PSK untuk datang berobat ke klinik.
2. Program promosi yang kedua adalah program konseling yang berlangsung pada Klinik IMS Baturraden. Program ini dinilai berhasil karena informan PSK menyatakan puas terhadap layanan yang diberikan. Dari segi teknik komunikasi, sikap dan perilaku petugas tidak terkesan membeda-bedakan justru sangat perhatian terhadap persoalan yang dihadapi PSK serta sangat solutif dalam pemecahan masalah. Penggunaan alat bantu dan media cukup memadai sehingga sangat membantu ketika konseling dilakukan. Walaupun ruang konseling yang tersedia tidak terlalu tertutup, akan tetapi bagi PSK tidak berpengaruh.
  3. Strategi yang selanjutnya adalah pemanfaatan media baik cetak maupun elektronik. Promosi dengan menggunakan media ini dianggap kurang berhasil karena media yang dimiliki oleh klinik adalah bantuan dari Dinas Kesehatan Banyumas dan KPA sehingga seringkali kurang mengena pada sisi kognitif dan psikologis PSK. Minimnya anggaran menyebabkan klinik ini tidak dapat berkreasi terhadap pembuatan media komunikasi yang sesuai dengan sasaran PSK di Gang Sadar, faktanya karakteristik audiens di satu tempat dengan tempat lain sangat berbeda.

## **B. Implikasi**

### **1. Implikasi Teoritis**

Pengembangan ilmu komunikasi dapat meluas pada bidang kesehatan karena sejatinya komunikasi merupakan ilmu yang dapat menyerap ke dalam ilmu lainnya. Pada ranah ilmu kesehatan, teori-teori komunikasi dapat menjelaskan

*commit to user*

berbagai macam persoalan yang dihadapi seperti pada program promosi yang dilakukan oleh sebuah instansi. Seperti pada hasil dari penelitian ini ternyata menguatkan teori yang telah ada yaitu *theory of reasoned action* dan *communication privacy management theory*. Disamping itu juga hasil penelitian ini menguatkan kajian komunikasi terapeutik dan komunikasi kelompok yang ada.

Selanjutnya jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya yang tertuang dalam penelitian ini, hasil penelitian ini bersifat melengkapi penelitian yang sudah ada. Di samping itu, model promosi kesehatan yang digunakan adalah PRECEDE PROCEED di mana pada penelitian sebelumnya belum pernah ada yang menggunakan model tersebut. Pada akhirnya, penelitian ini memperluas khasanah kajian promosi kesehatan terutama mengenai evaluasi sebuah program promosi yang secara khusus ditelaah dalam ranah ilmu komunikasi. Selanjutnya, hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar referensi penelitian di klinik atau lembaga serupa di wilayah lainnya.

## 2. Implikasi Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk perbaikan –perbaikan program yang masih harus dibenahi sekaligus sebagai acuan dalam merencanakan program yang baru di periode yang akan datang. Walaupun terdapat hal-hal yang agak sulit diubah seperti minimnya anggaran yang merupakan masalah klasik di hampir seluruh lembaga atau instansi yang sebenarnya dapat dilakukan strategi bina suasana dan kemitraan antara Klinik IMS dengan KPA dan Dinas Kesehatan Banyumas. Analisis dengan menggunakan *predisposing factor*, *reinforcing factor*, dan *enabling factor* akan melihat secara gamblang apa saja yang menjadi kekurangan dan kelebihan dari klinik tersebut sehingga memunculkan solusi-

*commit to user*

solusi yang dapat membantu masalah promosi yang dihadapi klinik ini secara lebih focus, realistis dan terukur.

### 3. Implikasi Metodologis

Dalam penelitian ini model yang digunakan adalah model evaluasi PRECEDE PROCEED yang terkenal paling cocok diterapkan dalam perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan. Model yang dikembangkan oleh Lawrence Green dan rekan-rekannya selama satu dasawarsa terakhir ini juga lebih berorientasi praktis sehingga dapat langsung diterapkan pada instansi atau lembaga yang membutuhkan proses evaluasi program. Sebenarnya model ini berujung pada evaluasi perubahan sikap atau perilaku sehingga dapat dilakukan penelitian selanjutnya mengenai perubahan perilaku PSK setelah terpapar program promosi ini.

### C. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diungkapkan di atas, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat menjadi masukan yang bersifat membangun bagi Klinik IMS Baturraden II dan juga sebagai sumbangsih bagi Ilmu Komunikasi. Berikut saran yang dapat peneliti berikan:

1. Klinik IMS dapat menggunakan kuisisioner secara berkala untuk mengetahui sampai dimana tingkat pengetahuan dan pemahaman PSK GS mengenai kesehatan genitalnya sehingga teknik penyuluhan dapat disesuaikan dengan karakteristik PSK.

2. Klinik IMS ketika akan melakukan penyuluhan dapat membagi audiens PSK menjadi beberapa kelompok kecil berdasarkan tingkat pengetahuan mereka dan lama tinggal sehingga materi dan teknik berkomunikasinya menjadi lebih fokus.
3. Kondisi relaps pada PSK berdampak *burn out* pada petugas klinik sehingga dapat diadakan penyegaran seperti seminar dan pelatihan di luar kota sehingga dapat sharing dengan petugas lain di wilayah lain.
4. Saran bagi Dinas Kesehatan Banyumas, perlu dikaji ulang petugas yang ada pada Klinik IMS Baturraden yang sejatinya adalah petugas pada Puskesmas Baturraden II sehingga kegiatannya tidak focus pada pengembangan promosi kesehatan dan pengembangan klinik tersebut.
5. Pengadaan media seperti leaflet dan brosur dapat dikomunikasikan dengan dinas dan KPA melalui strategi kemitraan dan bina suasana agar isi pesan dan tampilan menarik perhatian PSK.
6. Dalam pemanfaatan media yang sangat terbatas, Klinik IMS Baturraden dapat memanfaatkan teknologi SMS (Short Messages System), facebook atau twitter. Ponsel atau telepon seluler menjadi sebuah kebutuhan yang primer bagi PSK karena dengan menggunakan ponsel mereka dapat saling terhubung antara rekan seprofesi, pemilik kos atau bahkan untuk berkomunikasi dengan “tamu” langganannya. Jika dilihat, ponsel yang PSK gunakan adalah ponsel dengan teknologi terbaru dimana untuk membelinya merogoh kocek cukup dalam. Otomatis ini menjadi sebuah keuntungan tersendiri bagi Klinik IMS untuk tidak melewatkan kesempatan ini. *Centre for the Population Health* dalam



www.dev.burnett.edu.au meneliti tentang penggunaan teknologi komunikasi berupa SMS dan situs jejaring sosial untuk menyampaikan pesan kesehatan seksual pada kelompok resiko tinggi di Australia. Ternyata setelah disurvei, terjadi peningkatan pengetahuan seksual pada target yang telah ditetapkan. Tentunya keberhasilan ini tidak terlepas dari isi pesan yang dirancang sesuai dengan target pesan.

7. Pembuatan media komunitas juga salah satu solusi yang dapat direalisasikan. Media ini merupakan suatu media yang konsentrasi penyiaran atau penyebarannya pada suatu lokasi atau wilayah tertentu khususnya pada komunitas terpilih. Media ini memiliki karakteristik independen, tidak komersial, daya jangkau terbatas,serta melayani kepentingan komunitasnya. Tetapi pada dasarnya, media ini memiliki unsur-unsur yang sama, seperti dari segi kepemilikannya adalah milik komunitas, tujuannya memberi informasi, pendidikan dan pengembangan, isi media juga berisi informasi yang terpilih dan sesuai kondisi dan kepentingan komunitas. Selain itu dari segi sasaran juga pada komunitas tertentu secara terbatas, karakteristik operasionalnya bersifat interaktif, dengan distribusi terbatas, feedback yang cenderung langsung, system lebih sederhana dan mudah, serta sasaran bisa menjadi nara sumber. Sementara itu, dari segi pengawasan dan tanggung jawab dilakukan oleh anggota komunitas itu sendiri dan perwakilan yang ditunjuk oleh komunitas (<http://www.kombinasi.net/wp-content/upload/blcom-02-VD2-no2-april2007.pdf>).