

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan pustaka

1. Pemberdayaan masyarakat

Istilah “pemberdayaan masyarakat” sebagai terjemahan dari kata “*empowerment*” mulai ramai digunakan dalam bahasa sehari-hari, karena itu mengacu pada paradigma baru pembangunan yakni yang bersifat “*people centered, participatory, empowering, and sustainable*” (Chambers, 1995).

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses pengembangan potensi kemampuan, sehingga tumbuh kapasitas untuk memecahkan masalah masalah yang mereka hadapi. Pemberdayaan masyarakat adalah pembangunan sosial, dari, oleh, dan untuk masyarakat secara swadaya. Konsep pemberdayaan masyarakat mempunyai beberapa prinsip, yaitu: penyadaran, pelatihan, pengorganisasian, pengembangan kekuatan, dan membangun dinamika. Masyarakat harus mendapatkan penyadaran, sehingga dapat mencapai hasil pembangunan yang optimal. Sadar berarti mengetahui kelemahan dan kekuatannya (Kartasasmita, 1996).

Inti pembangunan berpusat pada rakyat adalah pemberdayaan (*empowerment*) yang mengarah pada kemandirian masyarakat (Tesoriero F, 2010). Dalam konteks ini, dimensi partisipasi masyarakat menjadi sangat penting. Melalui partisipasi, kemampuan masyarakat dan perjuangan mereka untuk membangkitkan dan menopang pertumbuhan kolektif menjadi kuat. Partisipasi bukan hanya berarti keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan atau masyarakat hanya ditempatkan sebagai objek, melainkan harus diikuti dengan keterlibatan masyarakat dalam pembuatan keputusan dan proses perencanaan pembangunan, atau masyarakat ditempatkan sebagai subjek utama yang harus menentukan jalannya pembangunan. Dua elemen penting yang ditekankan pada teori ini adalah partisipasi (*participation*) dan pemberdayaan (*empowerment*) (Korten dalam Mardikanto, 2010).

Pemahaman tentang paradigma pembangunan yang berpusat pada rakyat (*people centered development*) mempunyai ciri-ciri:

- a. Prakarsa dan proses pengambilan keputusan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tahap demi tahap harus diletakkan pada masyarakat sendiri.
- b. Fokus utamanya adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengelola dan memobilisasikan sumber-sumber yang terdapat di komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka.
- c. Pendekatan ini mentoleransi variasi lokal, sifatnya luwes menyesuaikan dengan kondisi lokal.
- d. Proses pembentukan jejaring antara birokrasi dan lembaga swadaya masyarakat, satuan-satuan organisasi tradisional yang mandiri, merupakan bagian integral dari pendekatan ini, baik untuk meningkatkan kemampuan mereka mengidentifikasi dan mengelola berbagai sumber, maupun menjaga keseimbangan antara struktur vertikal maupun horisontal (Korten dalam Mardikanto, 2010).

Keberdayaan masyarakat diartikan sebagai kemampuan individu yang bersenyawa dengan masyarakat dalam membangun keberdayaan masyarakat yang bersangkutan. Pemberdayaan dapat disamakan dengan perolehan kekuatan dan akses terhadap sumber daya untuk mencari nafkah (Pranarka dan Vidhyandika, 1996). Menurut Ife (2006), inti gagasan pengembangan masyarakat adalah perubahan dari bawah, bahwa komunitas lebih tahu yang mereka butuhkan dan cara memenuhi kebutuhan, tanpa bergantung pada pihak lain tetapi bergantung pada diri sendiri. Dalam teori ini, pembangunan yang dijalankan harus disesuaikan kondisi sosial, norma, dan perilaku masyarakat di suatu daerah. Proses pembangunan seperti ini akan menghasilkan kegiatan masyarakat pembangunan yang dapat diterima oleh masyarakat, sehingga kelestarian pembangunan dapat dipertahankan.

Guna melakukan pemberdayaan yang berdampak menguatkan kemampuan individu dan memperkuat ikatan sosial masyarakat maka pendekatan mutlak dilakukan. Elemen pemerintah, swasta, masyarakat, dan organisasi harus dikoordinasikan agar diwujudkan hubungan yang sinergis. Menurut Friedman (2004), elemen elemen tersebut disebut *stakeholder*. *Stakeholder* adalah kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi untuk mencapai tujuan tertentu. Berkaitan dengan *stakeholder* itu bukan hanya menunjuk semua orang yang berperan, tetapi juga harus mampu menghubungkan antar peran dalam mengatasi isu, pandangan, dan sikap masyarakat.

Menurut Soetomo (2010), ada tiga kata kunci pemberdayaan, yaitu : prakarsa, partisipasi, dan mengatasi masalah. Pengembangan masyarakat adalah pembangunan dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Partisipasi masyarakat merupakan syarat untuk tercapainya tujuan pembangunan. Masyarakat harus diberdayakan untuk menuju kemandirian dan berkualitas.

Upaya masyarakat untuk melibatkan diri dalam pembangunan melalui power yang dimilikinya merupakan bagian dari pembangunan manusia (*personal/human development*) (Susan, 2006). Pembangunan manusia merupakan proses pembentukan pengakuan diri, percaya diri, dan kemandirian dapat bekerjasama dan toleran terhadap sesamanya dengan menyadari potensi yang dimilikinya. Landasan berpikir kognitif seperti seperti ini mendasari berkumpulnya masyarakat yang mempunyai tujuan yang sama dalam suatu kelompok yang dimaksudkan untuk semacam *social network* (Adi, 2007).

1.1 Tujuan pemberdayaan masyarakat

Tujuan pemberdayaan meliputi beragam upaya perbaikan pendidikan, aksesibilitas, perbaikan tindakan, kelembagaan, usaha, pendapatan, lingkungan, dan perbaikan kehidupan. Perbaikan kehidupan (*better education*) dalam arti bahwa pemberdayaan harus dirancang sebagai suatu bentuk pendidikan yang lebih baik. Perbaikan tindakan (*better action*)

berbekal perbaikan pendidikan dan perbaikan aksesibilitas dengan beragam sumber daya yang lebih baik, diharapkan akan terjadi tindakan tindakan yang semakin lebih baik (Wijaya, 2010).

Perbaikan kelembagaan (*better institution*), perbaikan kegiatan yang dilakukan, diharapkan akan memperbaiki kelembagaan, termasuk pengembangan jejaring kemitraan. Perbaikan pendapatan (*better income*) dengan terjadinya perbaikan pendapatan yang diperolehnya, diharapkan akan memperbaiki pendapatan yang diperolehnya, termasuk pendapatan keluarga dan masyarakat. Perbaikan kehidupan (*better living*) dengan perubahan sikap dan perilaku dan tingkat pendapatan yang baik, diharapkan dapat memperbaiki keadaan kehidupan setiap keluarga dan masyarakat. Perbaikan masyarakat (*better community*), keadaan kehidupan yang lebih baik yang didukung oleh lingkungan fisik dan sosial diharapkan terwujudnya kehidupan masyarakat yang lebih baik (Mardikanto, 2010).

1.2 Lingkup pemberdayaan masyarakat

Secara konseptual, pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan harkat martabat lapisan masyarakat yang dalam kondisi sekarang tidak mampu untuk melepaskan diri dari kemiskinan dan keterbelakangan (Suahartini, 2005). Dengan kata lain memberdayakan adalah memampukan dan memandirikan masyarakat. Kegiatan memampukan dan memandirikan masyarakat dengan melalui perubahan perilaku. Perubahan perilaku dapat dilakukan melalui proses pendidikan bagi masyarakat dengan sistem dan ciri-ciri spesifik sesuai dengan sifat sasaran (Sumaryadi, 2004).

Sumadyo (2001) merumuskan tiga upaya dalam pemberdayaan masyarakat, yang disebutnya sebagai tri bina, yaitu:

a. Bina manusia

Merupakan upaya utama yang harus diperhatikan dalam setiap upaya pemberdayaan masyarakat. Disamping itu manusia merupakan unsur yang paling unik, sebab selain sebagai sumber daya juga sekaligus sebagai pelaku itu sendiri.

b. Bina usaha

Suatu upaya penting dalam setiap pemberdayaan, sebab bina manusia yang tanpa memberikan pengaruh dan manfaat bagi perbaikan kesejahteraan tidak akan laku dan bahkan menambah kekecewaan. Sebaliknya, hanya bisa manusia yang mampu dalam waktu dekat memberikan pengaruh manfaat bagi perbaikan kesejahteraan yang akan laku atau dukungan dalam bentuk partisipasi (Mardikanto, 2010).

c. Bina lingkungan

Selama ini pengertian lingkungan seringkali dimaknai sekedar lingkungan fisik, terutama yang menyangkut pelestarian sumber daya alam dan lingkungan fisik, tetapi dalam praktik perlu di sadari bahwa lingkungan sosial juga sangat berpengaruh (Mardikanto, 2010). Mardikanto (2010), menambahkan pentingnya bina kelembagaan karena dari ketiga bina tersebut diatas akan terwujud seperti yang diharapkan bila didukung oleh efektivitas beragam kelembagaan yang diperlukan.

1.3 Penerima manfaat

Mardikanto (2010) mengganti istilah “sasaran penyuluhan” menjadi penerima manfaat mengandung makna bahwa berbeda dengan kedudukannya sebagai “sasaran”, masyarakat sebagai penerima manfaat memiliki kedudukan yang setara dengan penentu kebijakan, fasilitator, dan pemangku kepentingan pembangunan yang lain.

Penerima manfaat tidak berada dalam posisi bawah melainkan memiliki arti kebebasan untuk mengikuti ataupun menolak inovasi yang disampaikan oleh penyuluhnya. Proses belajar yang berlangsung antara penyuluh dan penerima manfaat bukanlah bersifat vertikal melainkan proses belajar bersama yang partisipatif (Mardikanto, 2010). Oleh karena itu Mardikanto pada tahun 1996 telah mengganti istilah “sasaran penyuluhan” menjadi penerima manfaat (*beneficiaries*) yang terkandung makna:

commit to user

- 1) Berbeda dengan kedudukannya sebagai “sasaran penyuluhan”, sebagai penerima manfaat, dimana pelaku dan keluarganya memiliki kedudukan yang setara dengan penentu kebijakan, penyuluh dan pemangku kepentingan yang lain.
- 2) Penerima manfaat, bukanlah objek atau “sasaran tembak” yang layak dipandang rendah oleh penentu kebijakan dan para penyuluh, melainkan ditempatkan pada posisi terhormat yang perlu dilayani dan atau difasilitasi sebagai rekan kerja dan mensukseskan pembangunan.
- 3) Berbeda dengan kedudukannya sebagai ‘sasaran penyuluhan’ yang tidak punya pilihan atau kesempatan untuk menawar setiap materi yang disalurkan, selain harus menerima/mengikutinya, penerima manfaat memiliki posisi tawar yang harus dihargai untuk menerima atau menolak inovasi yang disampaikan penyuluhnya.
- 4) Penerima manfaat tidak berada dalam posisi di bawah penentu kebijakan dan para penyuluh, melainkan dalam kedudukan setara dan bahkan sering justru lebih tinggi kedudukannya dalam arti memiliki kebebasan untuk mengikuti atau menolak inovasi yang disampaikan oleh penyuluhnya.
- 5) Proses belajar yang berlangsung antara penyuluh dan penerima manfaat bukanlah bersifat vertikal (penyuluh menggurui penerima manfaatnya) melainkan proses belajar bersama yang partisipatif.

Karakteristik penerima manfaat

Penerima manfaat dengan prosentase terbesar adalah pasangan usia subur, masyarakat. Karakteristik penerima manfaat perlu diperhatikan karena akan menentukan strategi dan pendekatan.

Beberapa karakteristik penerima manfaat yang perlu dicermati:

1. Karakteristik pribadi, yang mencakup: umur, jenis kelamin, suku/etnis dan agama.
2. Status sosial ekonomi, yang meliputi: tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan keterlibatannya dalam kelompok/organisasi kemasyarakatan. *commit to user*

3. Perilaku keinovatifan sebagaimana menurut Rogers (1971) yang terdiri dari *innovator*, *early adopter*, *early majority*, *late majority* dan *laggards*.
4. Moral pasangan suami istri yang dibedakan: moral subsistensi dan moral rasionalitas

1.4 Fasilitator pemberdayaan masyarakat

Wijaya (2010) menjelaskan tugas utama fasilitator adalah mengembangkan pembelajaran bagi masyarakat untuk membangun tingkat kemandirian dalam menyelesaikan masalahnya. Upaya-upaya tersebut harus disertai dengan menggalang kemampuan untuk membentuk aliansi strategis dengan kekuatan-kekuatan lain agar mampu mempengaruhi perubahan-perubahan kebijakan yang menguntungkan bagi kehidupan mereka.

Peran fasilitasi yaitu memberikan kemudahan dan menunjukkan sumber-sumber kemudahan yang diperlukan oleh penerima manfaat dan pemangku kepentingan pembangunan yang lain. Dalam pengertian fasilitasi, termasuk di dalamnya adalah peran mediasi atau sebagai perantara antar pemangku kepentingan. Peran konsultasi yaitu sebagai atau pemberi alternatif pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat penerima manfaat dan pemangku kepentingan yang lain. Peran advokasi, yaitu memberikan peran bantuan kaitannya dengan pengambilan keputusan yang berpihak pada masyarakat penerima manfaat yang terutama pada kelompok bawah (Mardikanto, 2010).

Karsidi R (2004), menjelaskan masalah sosial hanya dapat diidentifikasi menurut pandangan dan cara pandang dari komunitas yang memunculkan masalah yang bersangkutan, dimana bisa memberikan gejala ada pada komunitas tersebut sebagai masalah sosial atau bukan, sehingga masalah sosial pada komunitas tertentu belum tentu dianggap sebagai masalah sosial dari komunitas yang lain, diperlukan suatu pendekatan dan metodologi guna memahami dan memetakan masalah sosial, yaitu dengan melakukan penelitian dengan pendekatan kualitatif.

1.5 Tahapan/langkah-langkah pemberdayaan masyarakat

Adapun tahapan dalam pemberdayaan masyarakat yaitu:

a. Persiapan

Pada tahap ini, ada 2 hal yang perlu dilakukan yaitu:

- 1) Penyimpanan petugas yaitu tenaga pemberdayaan masyarakat yang bisa dilakukan oleh *community woker*
- 2) Penyiapan lapangan yang pada dasarnya diusahakan dilakukan secara *non-direktif*.

b. Pengkajian (*assessment*)

Pada tahap ini, dilakukan pengkajian yang dapat dilakukan secara individual melalui kelompok dalam masyarakat. Pengkajian ini dilakukan guna mengidentifikasi masalah kebutuhan yang dirasakan dan sumber daya yang dimiliki klien.

c. Perencanaan alternatif program atau kegiatan.

Pada tahap ini, petugas sebagai agen perubahan secara partisipatif mencoba melibatkan warga untuk berfikir mengenai masalah yang mereka hadapi dan bagaimana cara mengatasinya

d. Pemformalisasi rencana aksi.

Pada tahap ini, agen perubahan membantu setiap kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan yang akan mereka lakukan untuk mengatasi masalah yang ada.

e. Pelaksanaan (implementasi) program atau kegiatan

Masyarakat sebagai kader, dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat diharapkan bisa menjaga kelangsungan program yang sudah dikembangkan.

f. Evaluasi

Pengevaluasian pemberdayaan masyarakat yang sedang berjalan sebaiknya dilakukan dengan melibatkan warga yang diharapkan dalam jangka pendek dapat membentuk sistem komunitas pengawasan secara internal dan dalam jangka panjang dapat membangun komunikasi

commit to user

masyarakat yang lebih mendirikan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

g. Terminasi

Tahap ini adalah tahap pemutusan hubungan dengan komunitas sasaran secara formal, dalam tahap ini juga diharapkan proyek harus berhenti dengan segera.

Sumaryadi (2004), menyatakan bahwa kegiatan pemberdayaan pada setiap individu dalam suatu organisasi merupakan siklus kegiatan yang terdiri dari:

- 1) Menumbuhkan kemauan pada diri seseorang untuk berubah dan memperbaiki dirinya, yang merupakan titik awal perlunya pemberdayaan. Tanpa adanya keinginan untuk berubah dan memperbaiki maka semua upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan tidak akan memperoleh perhatian, simpati atau partisipasi masyarakat.
- 2) Menumbuhkan kemauan dan keberanian untuk melepaskan diri dari kesenangan/kenikmatan sebagai hambatan yang dirasakan, untuk kemauan dan mengambil keputusan mengikuti pemberdayaan demi terwujudnya perubahan dan perbaikan sesuai yang diharapkan.
- 3) Mengembangkan kemauan untuk mengikuti atau mengambil bagian dalam kegiatan pemberdayaan yang memberikan manfaat atau perbaikan keadaan
- 4) Peningkatan peran atau partisipatif dalam kegiatan pemberdayaan yang telah dirasakan manfaatnya
- 5) Peningkatan peran dan kesetiaan pada kegiatan pemberdayaan yang ditunjukkan berkembangnya motivasi-motivasi untuk melakukan perubahan.
- 6) Peningkatan efektifitas dan efisiensi kegiatan pemberdayaan
- 7) Peningkatan kompetensi untuk melakukan perubahan melalui kegiatan pemberdayaan baru.

Lippit (1961) dalam tulisannya tentang perubahan yang terencana (*planned change*) merinci ke dalam 7 (tujuh) kegiatan pokok, yaitu:

1) Penyadaran

Yaitu kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk menyadarkan masyarakat tentang "keberadaannya", baik keberadaannya sebagai individu dan anggota masyarakat, maupun kondisi lingkungannya yang menyangkut lingkungan fisik/teknis, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Proses penyadaran seperti itulah yang dimaksudkan oleh Piotr (2014) sebagai tugas utama dari setiap kegiatan pendidikan, termasuk didalamnya penyuluhan.

2) Menunjukkan adanya masalah

Yaitu kondisi yang tidak diinginkan yang kaitannya dengan: keadaan sumberdaya (alam, manusia, sarana-prasarana, kelembagaan, budaya, dan aksesibilitas), lingkungan fisik/teknis, sosial budaya dan politik.

3) Membantu pemecahan masalah

Sejak analisis akar-masalah, analisis alternatif pemecahan masalah, serta pilihan alternatif pemecahan terbaik yang dapat dilakukan sesuai dengan kondisi eksternal (kekuatan, kelemahan) maupun kondisi eksternal (peluang dan ancaman) yang dihadapi;

4) Menunjukkan pentingnya perubahan

Perubahan yang dimaksud adalah sedang dan akan terjadi dilingkungannya, baik lingkungan organisasi dan masyarakat (lokal, nasional, regional dan global). Karena kondisi lingkungan (internal dan eksternal) terus mengalami perubahan yang semakin cepat, maka masyarakat juga harus disiapkan untuk mengantisipasi perubahan-perubahan tersebut melalui kegiatan "perubahan yang terencana"

5) Melakukan pengujian dan demonstrasi

Sebagai bagian dan implementasi perubahan terencana yang berhasil dirumuskan. Kegiatan uji-coba dan demonstrasi ini sangat cocok (secara: teknis, ekonomis, sosial-budaya, dan politik/kebijakan) dengan kondisi masyarakatnya. Di samping itu, uji-coba juga

diperlukan untuk memperoleh gambaran tentang beragam alternatif yang paling “bermanfaat” dengan resiko atau masalah yang terkecil.

6) Memproduksi dan publikasi informasi

Baik yang berasal dari “luar” (penelitian, kebijakan, produsen/pelaku, dll) maupun berasal dari dalam (pengalaman, *indigenous technology*, maupun kearifan tradisional dan nilai-nilai adat yang lain). Sesuai dengan perkembangan teknologi, produk dan media publikasi yang digunakan perlu disesuaikan dengan karakteristik (calon) penerima manfaat penyuluhannya.

7) Melaksanakan pemberdayaan

Yaitu pemberian kesempatan kepada kelompok lapisan bawah (*grassroot*) untuk bersuara menentukan sendiri pilihan-pilihannya (*voice and choice*) kaitannya dengan: aksesibilitas informasi, keterlibatan dalam pemenuhan kebutuhan serta partisipasi dalam keseluruhan proses pembangunan, bertanggung-gugat (akuntabilitas publik), dan penguatan kapasitas lokal.

1.6 Kinerja sistem pemberdayaan masyarakat

Istilah sistem berasal dari bahasa yunani, sistem yaitu suatu kesatuan bagian atau komponen yang berhubungan secara teratur. Dalam kata dari bagian atau komponen yang berhubungan dan teratur. Menurut Chuschman dalam Mardikanto (2010), sistem diartikan sebagai sekumpulan unsur-unsur yang mempunyai fungsi dan bergerak dalam ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama sekaligus tujuan masing-masing. Sistem adalah suatu unit yang saling tergantung, saling berhubungan, saling melengkapi kegiatan, saling membantu dalam batas kemampuan masing masing, dan saling menuju pada tingkatan yang terkoordinasi, terintegrasi, dan sinkronisasi. Keberadaan suatu sistem dapat dikenali melalui terstrukturnya kebersamaan dan ketergantungan antara fungsi-fungsi terkait dalam mencapai masing – masing dan tujuan bersama. Sebagai suatu proses sebuah sistem terdiri dari unsur – unsur yang disebut sub sistem yang meliputi: *input instrumen*, lingkungan fisik,

proses, *out put* (hasil), dan *outcome* (pengaruh). Masyarakat penerima manfaat yang terdiri dari *stakeholder*, tokoh masyarakat, aparat pemerintah, dan fasilitator. *Input* instrumen adalah penyuluh atau fasilitator, materi, sarana prasarana, kelembagaan, dan lingkungan sosial (Feeman, 1984). Proses merupakan keseluruhan kegiatan pemberdayaan masyarakat. Hasil berupa perubahan perilaku masyarakat penerima manfaat. Pengaruh dan manfaat adalah semua pengaruh dan manfaat kegiatan pemberdayaan masyarakat berupa perubahan ekonomi, sosial politik, maupun lingkungan fisik dan sikap masyarakat penerima manfaat seperti pemahaman tentang KB, penerimaan KB pria, pandangan tentang pemakaian KB pada pria, perasaan dan emosi untuk dapatnya meningkatkan pemahaman tentang KB pria.

Menurut Berger dalam Wijaya 2010 menjelaskan pemberdayaan masyarakat melalui mediasi yang menghubungkan antara publik dan privat. Lembaga-lembaga sosial keagamaan merupakan lembaga mediasi yang menjadi pelindung antara pemerintah, swasta dengan keluarga dan individu. Fasilitator memanfaatkan lembaga mediasi untuk langsung berhubungan dengan masyarakat di lapisan bawah. Fasilitator memberikan peluang yang luas untuk menggerakkan atau melancarkan proses belajar masyarakat dalam membangun kehidupannya melalui kerja kerja kongkrit dan melalui uji coba-uji coba skala mikro, kecil dan menengah. Dalam kaitan ini, fasilitator dalam pemberi komunikasi, informasi dan edukasi mempunyai peran penting dan strategis. Fasilitator adalah aktivis yang bekerja penuh komitmen dan kreatif serta memiliki semangat tinggi membantu masyarakat belajar membebaskan dirinya dari segala dominasi yang memiskinkan dan membodohkan, Munandar A (2001).

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu sistem, karena dalam pemberdayaan masyarakat terdiri beberapa unsur yang saling terkait untuk mencapai tujuan, yaitu kesejahteraan, penyetaraan seperti pemahaman tentang KB, status kesehatan, dan ekonomi menurut

Christenson (1989). Unsur-unsur atau komponen yang terkait dalam pemberdayaan masyarakat meliputi: 1) penerima manfaat, 2) sarana prasarana, 3) lingkungan fisik, 4) proses, 5) hasil, 6) pengaruh manfaat (Mardikanto, 2010).

Mardikanto (2010) menyatakan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat yang dalam kondisi sekarang tidak mampu untuk melepaskan diri dari kemiskinan dan ketatarbelakangan. Dengan kata lain, pemberdayaan adalah memampukan dan memandirikan masyarakat. Upaya memberdayakan masyarakat dapat dilihat dari tiga sisi, yaitu: 1) menciptakan suasana iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (*enabling*), 2) memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat (*empowering*), dan 3) melindungi dan membela masyarakat lemah (*protecting*) (Mardikanto *et al*, 2014).

1.7 Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan (Germov, 2005). Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, kemampuan mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan (Notoatmojo, 2007).

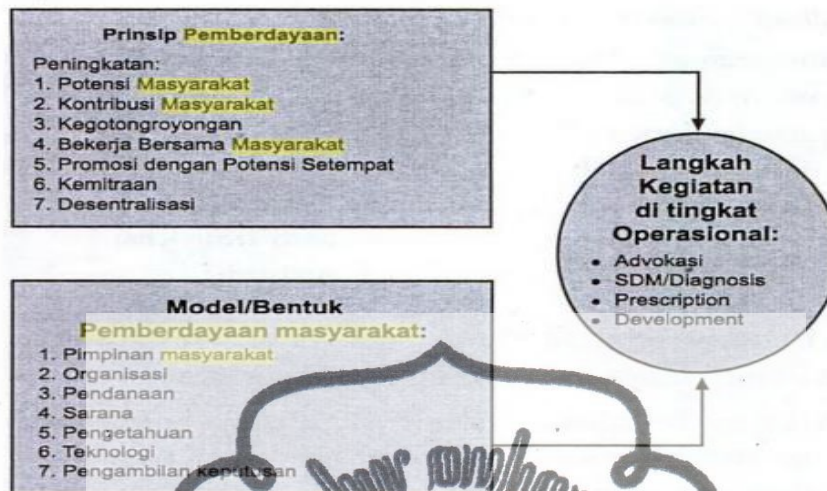
Menurut Natbeam *et al* (1991), pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan didefinisikan sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat ketrampilan dasar hidup dan meningkatkan pengaruh pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, pemahaman akan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, menimbulkan kemauan merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka, menimbulkan kemauan masyarakat untuk mendukung terwujudnya perilaku dan pemahaman tentang kesehatan (Adi, 2010).

Peran petugas kesehatan dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah: 1) memfasilitasi upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, 2) memotivasi masyarakat agar berpartisipasi secara penuh, 3) melatih kader, 4) memantau upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, 5) membina upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, dan 6) mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Indikator pemberdayaan masyarakat adalah: 1) *input*, meliputi sumber daya manusia, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat, 2) *process*, meliputi jumlah penyuluhan yang dilakukan, frekuensi, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan masyarakat, 3) *output*, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan sikap atau perilakunya terhadap kesehatan, jumlah anggota keluarga dan meningkatkan fasilitas yang ada di masyarakat, 4) *outcome* dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kematian atau kesakitan serta angka kelahiran (Notoatmodjo, 2007).

Merupakan prinsip, model/bentuk dan langkah kegiatan dalam pemberdayaan masyarakat dijelaskan pada Gambar 2.1:



Gambar 2.1 Prinsip, model/bentuk dan langkah kegiatan dalam pemberdayaan masyarakat (Maulana, 2009)

1.8 Dimensi dan indikator pemberdayaan masyarakat

Tujuan pemberdayaan tidak hanya untuk menjamin efektivitas keputusan yang dibuat oleh karyawan yang benar tetapi juga digunakan untuk menyediakan mekanisme dan tanggung jawab dari keputusan individu atau tim. Thomas Velthouse (Yusuf, 2013) berargumentasi bahwa pemberdayaan merupakan *multifaced* yang esensinya tidak bisa dicakup dalam satu konsep tunggal. Dengan kata lain, pemberdayaan karyawan mengandung pengertian perlunya keleluasaan kepada individu untuk bertindak dan sekaligus bertanggung jawab atas tindakannya sesuai dengan tugas yang diembannya. Konsep pemberdayaan juga berarti bahwa seseorang akan mampu untuk berperilaku secara mandiri dan penuh tanggungjawab.

Khan (dalam Yusuf, 2013) menawarkan sebuah model pemberdayaan yang dapat dikembangkan dalam sebuah organisasi. Model pemberdayaan tersebut adalah:

1) *Desire*

Tahap pertama dalam model pemberdayaan adalah adanya keinginan dari manajemen untuk mendelegasikan dan melibatkan karyawan.

commit to user

2) *Trust*

Tahap dua adalah membangun kepercayaan. Hal-hal yang termasuk dalam *trust* antara lain:

- a) Memberi
- b) Menyediakan waktu dan sumberdaya yang mencukupi
- c) Menyediakan pelatihan yang mencukupi
- d) Menghargai perbedaan pandangan
- e) Menyediakan akses informasi yang cukup.

3) *Confident*

Tahap ketiga dalam proses pemberdayaan adalah menimbulkan rasa percaya diri. Tindakan yang dapat menimbulkan *confident* antara lain:

- a) Mendelegasikan tugas.
- b) Menggali ide dan saran.
- c) Memperluas tugas dan membangun jaringan antar departemen.
- d) Menyediakan jadwal *job instruction* dan mendorong penyelesaian yang baik.

4) *Credibility*

Tahap keempat adalah menjaga kredibilitas dengan penghargaan dan mengembangkan lingkungan kerja yang sehat sehingga tercipta organisasi yang memiliki kinerja yang tinggi.

5) *Accountability*

Tahap selanjutnya adalah pertanggungjawaban terhadap wewenang yang diberikan. Dengan menetapkan secara konsisten dan jelas tentang peran, standar, dan tujuan penilaian, tahap ini merupakan sarana evaluasi terhadap kinerja dalam penyelesaian dan tanggung jawab terhadap wewenang yang diberikan. Hal yang termasuk dalam *accountability*, adalah:

- a) Menggunakan jalur training.
- b) Memberikan tugas dan ukuran yang jelas.
- c) Melibatkan dalam penentuan standar dan ukuran.
- d) Memberikan saran dan bantuan.

- e) Menyediakan periode dan waktu pemberian umpan balik.

6) *Communication*

Tahap ini merupakan tahap akhir, diharapkan adanya komunikasi yang terbuka untuk menciptakan saling memahami. Keterbukaan ini dapat diwujudkan dengan adanya kritik dan saran terhadap hasil. Hal yang termasuk dalam *communication*, antara lain:

- a) Menetapkan kebijakan *open door communication*.
- b) Menyediakan waktu untuk mendapatkan informasi dan mendiskusikan permasalahan secara terbuka.
- c) Menyediakan kesempatan secara operasional.

Dimensi dan indikator proses pemberdayaan masyarakat yaitu (Wrihatnolo dan Dwidjowijoto, 2007 dalam Sulaeman 2012)

- 1) Dimensi masyarakat sebagai subjek pembangunan dengan indikator :
 - a) Partisipatif
 - b) Desentralisasi
 - c) Demokrasi
 - d) Transparansi
 - e) Akuntabilitas
- 2) Dimensi penguatan kelembagaan masyarakat dengan indikator
 - a) Pembentukan dan penguatan kelembagaan
 - b) Pelatihan bagi pengelola dan masyarakat
 - c) Desentralisasi kepada lembaga masyarakat
 - d) Partisipasi lembaga masyarakat

1.9 Elemen pemberdayaan masyarakat

Narayan (2002) menyatakan elemen dari pemberdayaan, yakni:

- a. Akses informasi (*access to information*)

Arus informasi dari pemerintah untuk masyarakat dan dari masyarakat kepada pemerintah sangat penting, untuk menunjukkan adanya warga negara yang bertanggung jawab dan pemerintah yang responsif. Masyarakat yang diberitahu lebih siap untuk memanfaatkan peluang, akses layanan, menggunakan hak-hak mereka, dan bernegosiasi secara

efektif. Tanpa informasi yang relevan, tepat waktu, dan disajikan dalam bentuk yang dapat dipahami, tidak mungkin bagi masyarakat untuk mengambil tindakan efektif.

b. Inklusi dan partisipasi (*inclusion and participation*)

Inklusi yang berfokus pada pertanyaan: Siapa yang dilibatkan? Partisipasi menunjuk pada pertanyaan tentang bagaimana mereka dilibatkan dan peran yang dapat mereka mainkan segera sesudahnya.

c. Akuntabilitas (*accountability*)

Akuntabilitas mengacu pada kemampuan untuk memanggil pejabat publik, perusahaan swasta, atau pemberi layanan untuk melaporkan, mengharuskan, mengharuskan mereka bertanggung jawab atas kebijakan mereka, tindakan, dan penggunaan dana

d. Kapasitas organisasi lokal (*local organizational capacity*)

Kapasitas organisasi lokal mengacu pada kemampuan orang untuk bekerja bersama, mengatur diri mereka sendiri, dan memobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah yang menjadi kepentingan bersama.

1.10 Strategi pemberdayaan

Upaya pemberdayaan masyarakat merupakan jalan yang panjang dan penuh tantangan baik internal maupun eksternal. Hanya dengan komitmen yang kuat dan keberpihakan terhadap rakyat yang tulus serta upaya yang sungguh-sungguh pemberdayaan masyarakat dapat dikembangkan (Suharto, 2005). Upaya-upaya itu harus disertai dengan menggalang kemampuan untuk membentuk aliansi strategis dengan kekuatan-kekuatan lain agar mampu mempengaruhi perubahan-perubahan kebijakan yang lebih menguntungkan bagi kehidupan mereka, berdasarkan tersebut maka strategi pemberdayaan, antara lain:

- a. Mudah diterima dan didayagunakan oleh masyarakat sebagai pelaksana dan pengelola (*acceptable*);

commit to user

- b. Dapat dikelola oleh masyarakat secara terbuka dan dapat dipertanggungjawabkan (*accountable*);
- c. Memberikan pendapatan yang memadai dan mendidik masyarakat untuk mengelola kegiatan secara ekonomis (*profitable*);
- d. Hasilnya dapat dilestarikan oleh masyarakat sendiri sehingga menciptakan pemupukan modal dalam wadah lembaga sosial ekonomi setempat (*sustainable*); dan
- e. Pengelolaan dana dan pelestarian hasil dapat dengan mudah digulirkan dan dikembangkan oleh masyarakat dalam lingkup yang lebih luas (*replicable*).

2. Promosi kesehatan

2.1 Pengertian promosi kesehatan

Menurut bahasa promosi dapat diartikan sebagai kenaikan, kemajuan atau peningkatan. Dengan demikian, promosi kesehatan sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan melalui upaya memperkenalkan, menyebarluaskan, memasarkan, dan “menjual” informasi, pesan-pesan kesehatan, dan program kesehatan sehingga masyarakat menerima dan melaksanakan pesan-pesan kesehatan (Simnett, 2001). Promosi kesehatan merupakan suatu kesatuan dari upaya kesehatan paripurna (*medical comprehensive*): promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif ditujukan kepada sasaran kelompok orang sehat, dan upaya preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) ditujukan kepada sasaran kelompok orang yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit.

Menurut Leavell dan Clark (1953) promosi kesehatan merupakan tingkat pencegahan pertama dari lima tingkat pencegahan penyakit (*five level of prevention*). Tingkat pencegahan penyakit selanjutnya adalah perlindungan khusus (*special protection*), diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan cacat

commit to user

(*disability limitation*), rehabilitasi (*rehabilitation*), dan pelayanan rujukan.

Promosi kesehatan merupakan program yang kompleks. Maulana (2009) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan. Donnell (2009) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai berikut :

“The art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through combination of learning experiences that enhance awareness, increase motivation, and build skills and, most important, through the creation of opportunities that open access to environments that make positive health practices the easiest choice”.

(Promosi kesehatan adalah seni dan ilmu untuk membantu orang menemukan sinergi antara nafsu inti mereka dan kesehatan yang optimal, meningkatkan motivasi masyarakat untuk berjuang mencapai kesehatan yang optimal, dan mendukung mereka dalam mengubah gaya hidup untuk bergerak ke arah keadaan kesehatan yang optimal. Kesehatan yang optimal adalah keseimbangan dinamis antara kesehatan fisik, emosional, sosial, spiritual, dan intelektual. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui kombinasi pengalaman yang meningkatkan kesadaran belajar, meningkatkan motivasi, dan membangun keterampilan, melalui penciptaan peluang akses terbuka terhadap lingkungan sehingga praktik kesehatan positif menjadi pilihan termudah).

Ewles dan Simnett (1994), memperjelas pemberdayaan dalam definisi promosi kesehatan, dengan merumuskan definisi promosi kesehatan sebagai:

“Proses pemberdayaan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat sesuai sosial budaya dengan mempengaruhi lingkungan sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan”

Dengan demikian, promosi kesehatan tidak hanya mencakup tindakan yang diarahkan untuk memperkuat keterampilan dan kemampuan individu tetapi juga tindakan yang diarahkan menuju perubahan lingkungan, kondisi sosial, politik dan ekonomi untuk mengurangi dampaknya terhadap kesehatan individu dan masyarakat. (Nutbeam dalam Keleher, *et al*, 2007) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses sosial dan politis yang menyeluruh, tidak hanya menekankan pada kekuatan keterampilan dan kemampuan individu, tetapi juga perubahan sosial, lingkungan dan kondisi ekonomi yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Sementara itu, Stokols (1996) konsep promosi kesehatan menekankan pada “peran orang”, kelompok dan organisasi sebagai pelaku aktif dalam melakukan praktik kesehatan dan kebijakan untuk mengoptimalkan kesehatan individu dan kolektif”. Pengertian promosi kesehatan yang lebih mendasar didefinisikan (Downie, *et al*, 1995) sebagai gerakan radikal untuk menentang medikalisasi kesehatan dengan menekankan pada aspek sosial dan ekonomi, serta menempatkan kesehatan pada posisi sentral dalam kehidupan manusia.

Arah pembangunan kesehatan tertuju pada peningkatan promosi kesehatan yang sesuai dengan Permenkes No. 74 tahun 2015 adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal (Kemenkes, 2012).

Konferensi nasional promosi kesehatan telah dilaksanakan 6 kali dan dapat menjadi ajang untuk menyusun pentingnya kontribusi promosi kesehatan dalam pembangunan kesehatan nasional. Pada tahun 2016

telah dilaksanakan konferensi global promosi kesehatan ke-9 di Shanghai dan menghasilkan deklarasi Shanghai dimana Indonesia turut berkomitmen untuk menegaskan "Kesehatan Untuk Semua" berdasarkan hubungan antara kesehatan dengan generasi selanjutnya dan kesehatan dunia. Menyadari kesehatan sebagai nilai universal sebagai bagian dari tujuan sosial dan politik dari semua negara sehingga tidak ada yang tertinggal. Pemerintah dan masyarakat perlu menyikapi percepatan pencapaian SDG's. Sektor kesehatan dalam SDG's yaitu gizi masyarakat, sistem kesehatan nasional, akses kesehatan, reproduksi, KB, sanitasi dan air bersih, serta mengakhiri segala bentuk kemiskinan kaitannya dengan JKN.

Strategi "*action across sector*" dalam SDG's sangat dibutuhkan dan hal ini perlu menjadikan promosi kesehatan sebagai agenda dalam perencanaan pembangunan nasional agar dapat menghasilkan kebijakan yang terpadu/berhubungan/bertaut didalam tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*), mobilisasi sosial dan memperkuat kesadaran akan kesehatan (*health literacy*), guna mengakselerasi tujuan pembangunan berkelanjutan..

2.2 Ruang lingkup

Menurut Ewles dan Simnett (1994) terdapat dua ruang lingkup program promosi kesehatan yaitu: (1) penyatuan konsep yaitu mengakui kebutuhan dasar untuk perubahan dasar antara cara dan keadaan kehidupan, dan (2) mediasi yaitu antara orang dengan lingkungan, mengkombinasikan pilihan personal dengan tanggung jawab sosial untuk kesehatan dalam meningkatkan kesehatan yang lebih baik di masa yang akan datang. Sementara itu, ruang lingkup promosi kesehatan menurut Mittelmark dalam Fleming dan Parker (2007) meliputi: (1) kebijakan publik dan program yaitu evaluasi dalam keuntungan, netral dan dampak bahaya terhadap kesehatan; (2) penguatan kapasitas komunitas yaitu usaha aksi yang menguntungkan pada tingkat lokal; (3) mengembangkan kapasitas sistem pemeliharaan kesehatan, yaitu usaha preventif dan

pendidikan kesehatan, serta untuk meningkatkan pelayanan informal yang diberikan keluarga; dan (4) mendukung warga masyarakat yaitu mengontrol dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui perubahan perilaku dan gaya hidup.

Menurut Fleming (2007), ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan sebagai berikut: (1) pendidikan kesehatan (*health education*), menekankan pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan; (2) pemasaran sosial (*social marketing*), menekankan pada pengenalan produk/jasa kesehatan melalui kampanye; (3) penyuluhan kesehatan (upaya komunikasi dan informasi), menekankan pada penyebaran informasi kesehatan, pesan-pesan kesehatan, dan program kesehatan; (4) upaya peningkatan (*promotive*), menekankan pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan; (5) upaya advokasi di bidang kesehatan, yaitu upaya untuk mempengaruhi para pengambil kebijakan dan keputusan atau pihak lain agar mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (melalui upaya legislasi atau pembuatan peraturan, dukungan suasana dan lain-lain di berbagai bidang/sektor, sesuai keadaan); (6) pengorganisasian masyarakat (*community organization*), penggerakan masyarakat (*social mobilization*), pengembangan masyarakat (*community development*), pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*), dll.

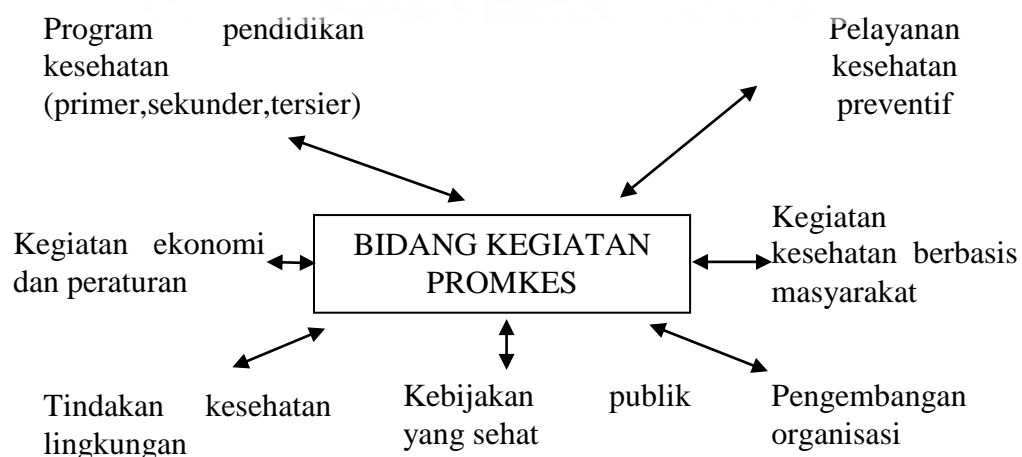
Sementara itu, menurut Notoadmodjo (2007), ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari dua dimensi yaitu: dimensi pelayanan kesehatan dan dimensi tatanan (*setting*) atau pelaksanaan promosi kesehatan. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan dimensi pelayanan kesehatan meliputi promosi kesehatan pada aspek promotif dan aspek pencegahan dan penyembuhan.

Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dikelompokkan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five level of prevention*) menurut Leavel and Clark (1953) meliputi: (1) *commit to user* promosi kesehatan (*health promotion*); (2)

perlindungan khusus (*specific protection*); (3) diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*); (4) pembatasan kecacatan (*disability limitation*); dan (5) rehabilitasi (*rehabilitation*). Sementara itu, ruang lingkup promosi berdasarkan tatanan meliputi: (1) promosi kesehatan pada tatanan keluarga; (2) promosi keluarga pada tatanan sekolah; (3) promosi kesehatan di tempat kerja; (4) promosi kesehatan di tempat-tempat umum, dan (5) promosi kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

2.3 Peran profesi promosi kesehatan

Peran utama promosi kesehatan menurut Ewles dan Simnett (1994) adalah mengurangi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan, menjamin hak-hak dasar manusia, dan membangun modal sosial. Bidang kegiatan promosi kesehatan meliputi program kesehatan baik primer, sekunder maupun tersier, pelayanan kesehatan preventif, kegiatan kesehatan berbasis masyarakat, pengembangan organisasi, kebijakan publik yang sehat, tindakan kesehatan lingkungan, dan kegiatan ekonomi dan peraturan. Gambar 2.2 mengilustrasikan bidang kegiatan promosi kesehatan.



Gambar 2.2 : Kerangka bidang kegiatan promosi kesehatan
Sumber Ewles dan Simnett (1994)

2.4 Visi, misi tujuan, kebijakan program promosi kesehatan

Rencana strategis kementerian kesehatan 2015-2019 mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang berdaulat, mandiri dan berkepribadian berlandaskan gotong royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui tujuh misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Selanjutnya terdapat sembilan agenda prioritas yang dikenal dengan NAWA CITA yang ingin diwujudkan pada kabinet kerja, yakni:

1. Menghadirkan kembali Negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara.
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya.
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan. Sementara kebijakan program promosi kesehatan meliputi :

- (1) Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatan, lingkup yang lebih luas dari pendidikan dan penyuluhan kesehatan.
- (2) Promosi kesehatan adalah upaya perubahan perilaku di bidang kesehatan disertai upaya mempengaruhi lingkungan atau hal-hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan.
- (3) Promosi kesehatan merupakan rangkaian upaya kesehatan yang komprehensif sebagai upaya perpaduan dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (4) Promosi kesehatan merupakan pemberdayaan masyarakat disertai dengan upaya advokasi dan bina suasana (*sosial support*).
- (5) Promosi kesehatan berlandaskan pada PHBS yang dikembangkan dalam lima tatanan, yaitu di rumah, sekolah, tempat kerja, tempat umum, dan sarana kesehatan.
- (6) Promosi kesehatan melakukan kemitraan berlandaskan pada kesamaan, keterbukaan, dan saling memberi manfaat.
- (7) Promosi kesehatan lebih menekankan pada proses dan upaya tanpa meremehkan arti hasil atau dampak kesehatan.

Adapun kebijakan operasional program promosi kesehatan yang ditempuh adalah sebagai berikut:

- (1) Program promosi diarahkan pada upaya untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat
- (2) Program promosi kesehatan dilakukan melalui berbagai jalur seperti strategi advokasi, kemitraan – bina suasana dan gerakan masyarakat dengan menerapkan metode KIM (komunikasi, informasi, motivasi).
- (3) Meningkatkan komitmen dan dukungan pemerintah daerah, instansi terkait, swasta, dan masyarakat terhadap program promosi kesehatan.
- (4) Merekonstruksi (membangun kembali) dan merevitalisasi berbagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM).

- (5) Menyiapiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, dan memandirikan masyarakat dalam program pembangunan kesehatan.
- (6) Pemberian kemampuan, kekuatan, serta kesempatan kepada masyarakat dan organisasi kemasyarakatan untuk berkiprah dalam pembangunan kesehatan dengan mendayagunakan sumber daya masyarakat mandiri.
- (7) Peningkatan kemampuan para penyelenggara upaya kesehatan dalam program promosi kesehatan dan menggalang peran serta masyarakat untuk pembangunan kesehatan.
- (8) Melakukan revitalisasi PKMD sebagai pendekatan edukatif yang secara global telah diukur sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua yang diformulasikan sebagai visi Indonesia sehat.
- (9) Penanggungjawab program promosi kesehatan di masing-masing tingkatan administrasi pemerintahan adalah gubernur, bupati/walikota, camat, kepala desa/lurah, ketua RW/kepala dusun dan ketua RT

2.5 Tujuan, strategi dan sasaran promosi kesehatan

Salah satu agenda pembangunan nasional yang tercantum di dalam Nawa Cita adalah meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia. Upaya meningkatkan kualitas hidup manusia dijalankan melalui pembangunan manusia sebagai insan dan sumber daya pembangunan, baik laki-laki maupun perempuan, mulai dari dalam kandungan ibu sampai usia lanjut. Peningkatan kualitas hidup manusia tercermin pada penyediaan pemenuhan hak-hak dasar warga negara untuk memperoleh layanan publik, antara lain pelayanan kesehatan.

Terdapat dua tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*life cycle*),

yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal dan kelompok lansia.

Dalam upaya pencapaian tujuan kementerian kesehatan tersebut, pusat promosi kesehatan melakukan upaya-upaya meningkatkan pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan kepada masyarakat, meningkatkan pembiayaan kegiatan promotif dan preventif, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (Alimul A, 2005). Upaya-upaya tersebut akan dicapai melalui strategi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang meliputi:

- (1) Pelaksanaan penyuluhan kesehatan, advokasi dan menggalang kemitraan dengan berbagai pelaku pembangunan termasuk pemerintah daerah.
- (2) Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan.
- (3) Peningkatan jumlah dan kemampuan tenaga penyuluh kesehatan masyarakat/ dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal promosi kesehatan.
- (4) Pengembangan metode dan teknologi promosi kesehatan yang sejalan dengan perubahan dinamis masyarakat.

Adapun sasaran pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan kepada masyarakat, yaitu:

- (1) Meningkatnya jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan.
- (2) Meningkatnya persentase kabupaten dan kota yang memiliki kebijakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- (3) Meningkatnya jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan.
- (4) Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan.

Dalam melakukan promosi kesehatan dibutuhkan suatu strategi atau pendekatan-pendekatan tertentu. Strategi program promosi kesehatan perlu disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan mempertimbangkan sistem sosial,

budaya, dan ekonomi yang berbeda. Kehleher,*et.al* (2007) menyampaikan lima strategi yaitu: (1) pencegahan penyakit, (2) pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku, (3) partisipasi pendidikan kesehatan, (4) aksi komunitas (*community action*), (5) promosi kesehatan terhadap lingkungan sosial (*socio-ecological health promotion*).

Sementara itu Kementrian Kesehatan RI (2004) menetapkan tiga strategi promosi kesehatan yaitu:

- (1) Advokasi kesehatan yaitu pendekatan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan agar dapat memberikan dukungan politis dan sumber daya, kemudahan, perlindungan pada upaya pembangunan kesehatan. Advokasi kesehatan diarahkan kepada sasaran tersier yang menghasilkan kebijakan sehat.
- (2) Bina suasana yaitu upaya untuk menciptakan suasana kondusif untuk menunjang pembangunan kesehatan sehingga masyarakat terdorong melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. Bina suasana lebih diarahkan kepada sasaran sekunder yang menghasilkan kemitraan dan opini.
- (3) Gerakan masyarakat yaitu memandirikan masyarakat agar secara proaktif mempraktikkan hidup bersih dan sehat secara mandiri.

2.6 Prinsip –prinsip promosi kesehatan

Mathew (dalam Mardikanto, 2013) menyatakan bahwa prinsip adalah suatu pernyataan tentang kebijakan yang dijadikan pedoman dalam pengambilan keputusan dan melaksanakan kegiatan secara konsisten. Dengan demikian prinsip dapat dijadikan sebagai landasan pokok yang benar bagi pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan.

Adapun prinsip-prinsip penyelenggaraan subsistem pemberdayaan masyarakat sebagai inti promosi kesehatan dalam SKN (2009) adalah sebagai berikut:

- (1) Berbasis masyarakat, artinya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan

commit to user

masyarakat sesuai dengan keragaman sosial budaya, kebutuhan, permasalahan, serta potensi masyarakat (modal sosial).

- (2) Edukasi dan kemandirian, artinya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dilakukan atas dasar untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan.
- (3) Kesempatan mengemukakan pendapat dan memilih pelayanan kesehatan, artinya masyarakat mempunyai kesempatan untuk menerima pembaharuan, tanggap terhadap aspirasi masyarakat dan bertanggung jawab, serta kemudahan akses informasi, mengemukakan pendapat dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.
- (4) Kemitraan dan gotong royong, artinya semua pelaku pembangunan kesehatan baik sebagai penyelenggara maupun sebagai pengguna jasa kesehatan baik sebagai pengguna jasa kesehatan dengan masyarakat yang dilayani berinteraksi dalam semangat kebersamaan, kesetaraan, dan saling memperoleh manfaat.

2.7 Program dan sasaran promosi kesehatan

Program dan sasaran prioritas promosi kesehatan pada tahun 2011-2016 meliputi: (1) determinat sosial kesehatan berkaitan dengan kebijakan kesehatan, (2) pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, (3) sistem promosi kesehatan berkaitan dengan hal-hal yang mendukung promosi kesehatan, (4) promosi kesehatan yang berkelanjutan melalui pendekatan kemitraan, lingkungan, pencegahan bencana dan manajemen pasca bencana.

Adapun sasaran promosi kesehatan berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan dibagi ke dalam tiga kelompok sasaran, yaitu:

- (1) Sasaran primer yaitu individu atau kelompok yang: (a) terkena masalah, (b) diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan,

commit to user

dan (c) akan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku.

- (2) Sasaran sekunder yaitu individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau yang disegani oleh sasaran primer, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh penting dalam kegiatan promosi kesehatan, dengan harapan setelah diberikan promosi kesehatan maka kelompok masyarakat tersebut akan dapat memberikan/menyampaikan promosi kesehatan pada lingkungan masyarakat sekitarnya.
- (3) Sasaran tersier yaitu para pembuat keputusan atau para penentu kebijakan, tujuan agar kebijakan atau keputusan yang dibuat memiliki dampak serta pengaruh bagi sasaran sekunder maupun sasaran primer yang dilakukan advokasi.

3 Konsep perilaku

3.1 Pengertian

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2002), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus – Organisme – Respon*. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2003): *commit to user*

(1). Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain (Parson, 1991).

(2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

3.2 Domain perilaku

Menurut Bloom's *taxonomy revised* Anderson and Krathwohl's *taxonomy* (2010), perilaku ada tiga domain (ranah/kawasan). Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah affektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari:

(1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang: (1) Faktor internal: faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik. (2) Faktor eksternal: faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana. (3) Faktor pendekatan belajar: faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu:

a. Mengingat (*remembering*)

Mengingat kembali (*recall*) terhadap sebuah konsep yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami (*understanding*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*applying*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*analyzing*)

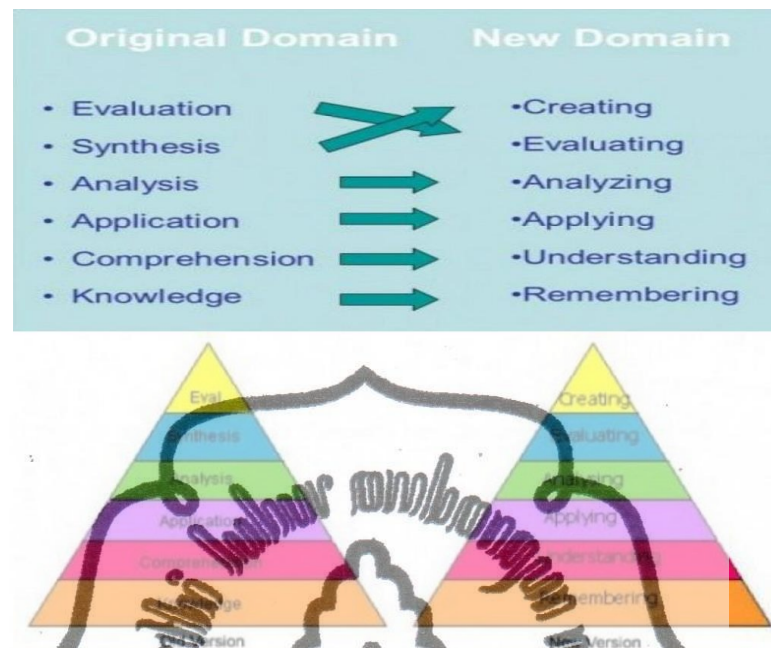
Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

e. Evaluasi (*evaluating*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan *justifikasi* atau penilaian terhadap suatu materi/objek.

f. Kreatifitas (*creating*)

Menciptakan adalah kemampuan memadukan unsur-unsur menjadi sesuatu bentuk baru yang utuh dan koheren, atau membuat sesuatu yang orisinal.



Gambar 2.3 *Taxonomy Bloom revised Anderson and Karthwohl taxonomy (2010)*

(2). Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, Azwar (2006). Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

commit to user

(3). Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

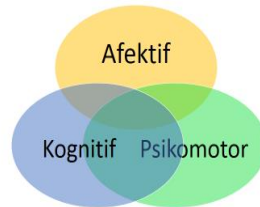
c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Berikut ini merupakan gambar dari model teori Bloom (1956) dalam domain perilaku:



Tiga ranah domain perilaku (Bloom, 1956)

Gambar 2.4 Domain perilaku Benyamin Bloom (1956) dalam Arikunto (2006)

3.3 Adopsi inovasi

Munculnya teori difusi inovasi dimulai pada awal abad ke-20, tepatnya tahun 1903, ketika seorang sosiolog Perancis, Gabriel Tarde, memperkenalkan kurva difusi berbentuk S (*S-shaped Diffusion Curve*). Kurva ini pada dasarnya menggambarkan bagaimana suatu inovasi diadopsi seseorang atau sekelompok orang dilihat dari dimensi waktu. Pada kurva ini ada dua sumbu dimana sumbu yang satu menggambarkan tingkat adopsi dan sumbu yang lainnya menggambarkan dimensi waktu. Pemikiran Tarde menjadi penting karena secara sederhana bisa menggambarkan kecenderungan yang terkait dengan proses difusi inovasi. Rogers (1995) mengatakan, *Tarde's S-shaped diffusion curve is of current importance because "most innovations have an S-shaped rate of adoption"*. Dan sejak saat itu tingkat adopsi atau tingkat difusi menjadi fokus kajian penting dalam penelitian-penelitian sosiologi.

Teori difusi inovasi pada dasarnya menjelaskan proses bagaimana suatu inovasi disampaikan (dikomunikasikan) melalui saluran-saluran tertentu sepanjang waktu kepada sekelompok anggota dari sistem sosial. Hal tersebut sejalan dengan pengertian difusi dari Rogers (1999), yaitu *"as the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system."* Lebih jauh dijelaskan bahwa difusi adalah suatu bentuk komunikasi yang bersifat *commit to user* khusus berkaitan dengan penyebaran pesan-pesan yang berupa gagasan

baru, atau dalam istilah Rogers (1999) difusi menyangkut “*which is the spread of a new idea from its source of invention or creation to its ultimate users or adopters.*”

Sesuai dengan pemikiran Rogers, dalam proses difusi inovasi terdapat 4 (empat) elemen pokok, yaitu:

- 1) Inovasi; gagasan, tindakan, atau barang yang dianggap baru oleh seseorang. Dalam hal ini, kebaruan inovasi diukur secara subjektif menurut pandangan individu yang menerimanya. Jika suatu ide dianggap baru oleh seseorang maka ia adalah inovasi untuk orang itu. Konsep “baru” dalam ide yang inovatif tidak harus baru sama sekali.
- 2) Saluran komunikasi; “alat” untuk menyampaikan pesan-pesan inovasi dari sumber kepada penerima. Dalam memilih saluran komunikasi, sumber paling tidak perlu memperhatikan: (a) tujuan diadakannya komunikasi dan (b) karakteristik penerima. Jika komunikasi dimaksudkan untuk memperkenalkan suatu inovasi kepada khalayak yang banyak dan tersebar luas, maka saluran komunikasi yang lebih tepat, cepat dan efisien, adalah media massa. Tetapi jika komunikasi dimaksudkan untuk mengubah sikap atau perilaku penerima secara personal, maka saluran komunikasi yang paling tepat adalah saluran interpersonal.
- 3) Jangka waktu; proses keputusan inovasi, dari mulai seseorang mengetahui sampai memutuskan untuk menerima atau menolaknya, dan pengukuhan terhadap keputusan itu sangat berkaitan dengan dimensi waktu. Paling tidak dimensi waktu terlihat dalam (a) proses pengambilan keputusan inovasi, (b) keinovatifan seseorang: relatif lebih awal atau lebih lambat dalam menerima inovasi, dan (c) kecepatan pengadopsian inovasi dalam sistem sosial.
- 4) Sistem sosial; kumpulan unit yang berbeda secara fungsional dan terikat dalam kerjasama untuk memecahkan masalah dalam rangka mencapai tujuan bersama.

commit to user

Lebih lanjut teori yang dikemukakan Rogers (1995) memiliki relevansi dan argumen yang cukup signifikan dalam proses pengambilan keputusan inovasi. Teori tersebut antara lain menggambarkan tentang variabel yang berpengaruh terhadap tingkat adopsi suatu inovasi serta tahapan dari proses pengambilan keputusan inovasi. Variabel yang berpengaruh terhadap tahapan difusi inovasi tersebut mencakup: (1) atribut inovasi (*perceived attribute of innovation*), (2) jenis keputusan inovasi (*type of innovation decisions*), (3) saluran komunikasi (*communication channels*), (4) kondisi sistem sosial (*nature of social system*), dan (5) peran agen perubah (*change agents*).

Sementara itu tahapan dari proses pengambilan keputusan inovasi mencakup:

- 1) Tahap munculnya pengetahuan (*knowledge*) ketika seorang individu (atau unit pengambil keputusan lainnya) diarahkan untuk memahami eksistensi dan keuntungan/manfaat dan bagaimana suatu inovasi berfungsi. Tahap ini merupakan tahap penyebaran informasi tentang inovasi baru, dan saluran yang paling efektif untuk digunakan adalah saluran media massa. Dalam tahap ini kesadaran individu akan mencari atau membentuk pengertian inovasi dan tentang bagaimana inovasi tersebut berfungsi. Rogers mengatakan ada tiga macam pengetahuan yang dicari masyarakat dalam tahapan ini, meliputi: (1) kesadaran bahwa inovasi itu ada, (2) pengetahuan akan penggunaan inovasi tersebut, (3) pengetahuan yang mendasari bagaimana fungsi inovasi tersebut bekerja.
- 2) Tahap persuasi (*persuasion*) ketika seorang individu (atau unit pengambil keputusan lainnya) membentuk sikap baik atau tidak baik. Pada tahapan ini seorang calon *adopter* akan lebih terlibat secara psikologis dengan inovasi. Kepribadian dan norma-norma sosial yang dimiliki calon *adopter* ini akan menentukan

bagaimana ia mencari informasi, bentuk pesan yang bagaimana yang akan ia terima dan yang tidak, dan bagaimana cara ia menafsirkan makna pesan yang ia terima berkenaan dengan informasi tersebut. Sehingga pada tahapan ini seorang calon adopter akan membentuk persepsi umumnya tentang inovasi tersebut. Beberapa ciri-ciri inovasi yang biasanya dicari pada tahapan ini adalah karakteristik inovasi yakni *relative advantage*, *compatibility*, *complexity*, *trialability*, dan *observability*.

- 3) Tahap keputusan (*decisions*) muncul ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya terlibat dalam aktivitas yang mengarah pada pemilihan adopsi atau penolakan sebuah inovasi. Di tahapan ini individu terlibat dalam aktivitas yang membawa pada suatu pilihan untuk mengadopsi inovasi tersebut atau tidak sama sekali. Adopsi adalah keputusan untuk menggunakan sepenuhnya ide baru sebagai cara tindak yang paling baik. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses keputusan inovasi, diantaranya: (1) praktik sebelumnya, (2) perasaan akan kebutuhan, (3) keinovatifan, (4) norma dalam sistem sosial, Proses keputusan inovasi memiliki beberapa tipe yakni:

- a) Otoritas adalah keputusan yang dipaksakan kepada seseorang oleh individu yang berada dalam posisi atasan
- b) Individual adalah keputusan dimana individu yang bersangkutan mengambil peranan dalam pembuatannya. Keputusan individual terbagi menjadi dua macam, yakni:
 - (a) Keputusan opsional adalah keputusan yang dibuat oleh seseorang, terlepas dari keputusan yang dibuat oleh anggota sistem.
 - (b) Keputusan kolektif adalah keputusan dibuat oleh individu melalui konsensus dari sebuah sistem sosial
- c) Kontingen adalah keputusan untuk menerima atau menolak inovasi setelah ada keputusan yang mendahuluinya.

Konsekuensi adalah perubahan yang terjadi pada individu atau suatu sistem sosial sebagai akibat dari adopsi atau penolakan terhadap inovasi. Ada tiga macam konsekuensi setelah diambilnya sebuah keputusan, yakni:

a) Konsekuensi dikehendaki vs konsekuensi tidak dikehendaki

Konsekuensi dikehendaki dan tidak dikehendaki bergantung kepada dampak-dampak inovasi dalam sistem sosial berfungsi atau tidak berfungsi. Dalam kasus ini, sebuah inovasi bisa saja dikatakan berfungsi dalam sebuah sistem sosial tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa sebenarnya inovasi tersebut tidak berfungsi bagi beberapa orang di dalam sistem sosial tersebut.

b) Konsekuensi langsung vs konsekuensi tidak langsung

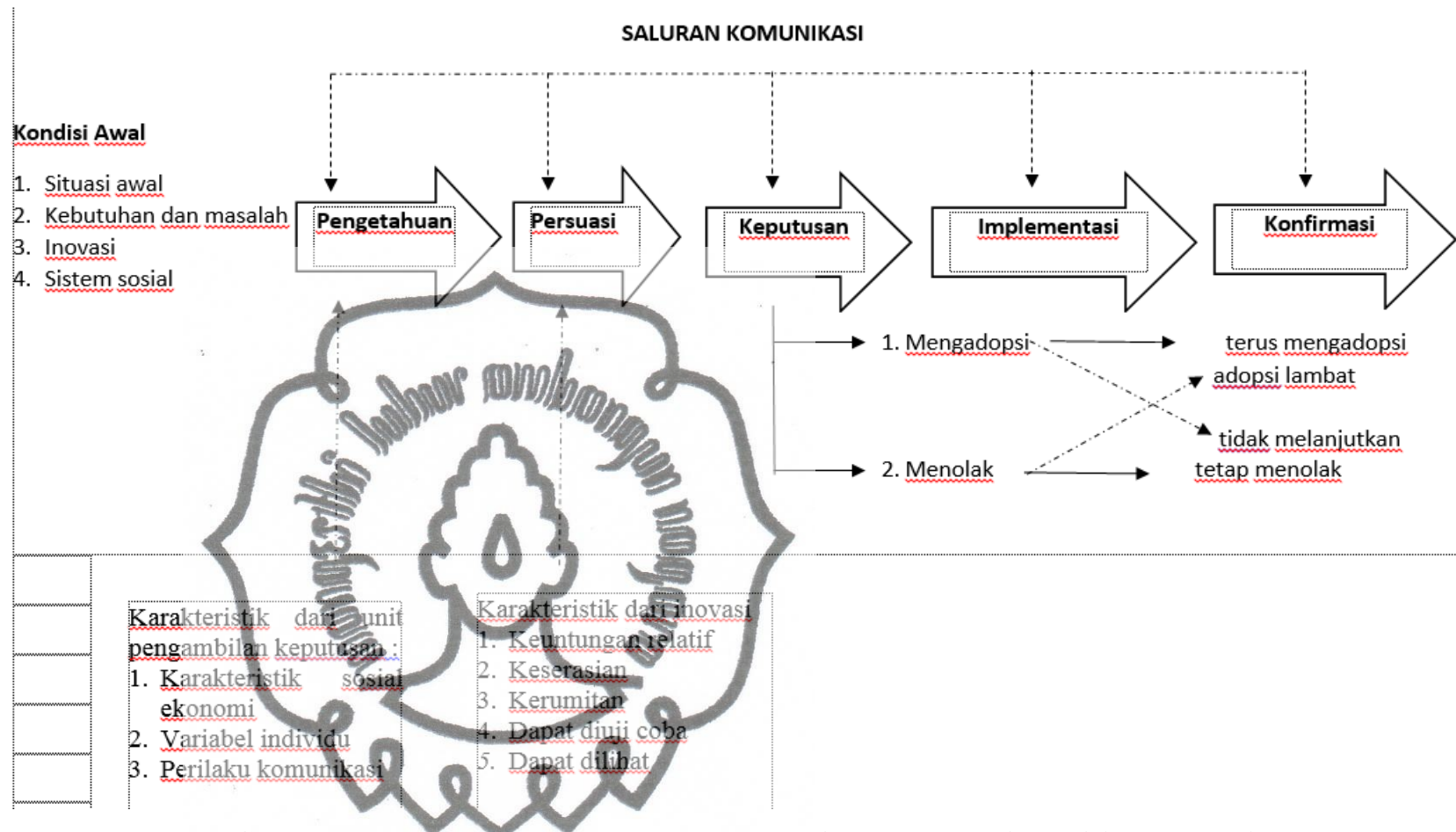
Konsekuensi yang diterima bisa disebut konsekuensi langsung atau tidak langsung bergantung kepada apakah perubahan-perubahan pada individu atau sistem sosial terjadi dalam respons langsung terhadap inovasi atau sebagai hasil dari urutan kedua dari konsekuensi. Terkadang efek atau hasil dari inovasi tidak berupa pengaruh langsung pada pengadopsi.

c) Konsekuensi yang diantisipasi vs konsekuensi yang tidak diantisipasi

Tergantung kepada apakah perubahan-perubahan diketahui atau tidak oleh para anggota sistem sosial tersebut. Contohnya pada penggunaan internet sebagai media massa baru di Indonesia khususnya dikalangan remaja. Umumnya, internet digunakan untuk mendapatkan informasi yang terbaru dari segala penjuru dunia, inilah yang disebut konsekuensi yang diantisipasi. Tetapi tanpa disadari penggunaan internet bisa disalahgunakan, misalnya untuk mengakses hal-hal yang berbau pornografi hal inilah yang disebut konsekuensi yang

tidak diantisipasi. Remaja menjadi mudah mendapatkan video atau gambar-gambar yang tidak pantas.

- 4) Tahapan implementasi (*implementation*), ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya menetapkan penggunaan suatu inovasi. Dalam tahap ini, individu akan menggunakan inovasi tersebut. Jika ditahapan sebelumnya proses yang terjadi lebih kepada *mental exercise* yakni berpikir dan memutuskan, dalam tahap pelaksanaan ini proses yang terjadi lebih ke arah perubahan tingkah laku sebagai bentuk dari penggunaan ide baru tersebut
- 5) Tahapan konfirmasi (*confirmation*), ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya mencari penguatan terhadap keputusan penerimaan atau penolakan inovasi yang sudah dibuat sebelumnya. Apabila, individu tersebut menghentikan penggunaan inovasi tersebut dikarenakan oleh hal yang disebut *disenchantment discontinuance* dan atau *replacement discontinuance*. *Disenchantment discontinuance* disebabkan oleh ketidakpuasan individu terhadap inovasi tersebut sedangkan *replacement discontinuance* disebabkan oleh adanya inovasi lain yang lebih baik.



Gambar 2.5 Teori model: model proses pengambilan keputusan inovasi (Roger, 1983)

4. Tinjauan KB (keluarga berencana)

4.1 Pengertian program KB

Program keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Irianto, 2007).

Program KB adalah bagian yang terpadu (*integral*) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Depkes, 1999).

Sejak pelita V, program KB nasional berubah menjadi gerakan KB nasional yaitu gerakan masyarakat yang menghimpun dan mengajak segenap potensi masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam melembagakan dan membudayakan NKKBS dalam rangka meningkatkan mutu sumber daya manusia Indonesia. (Sarwono, 1999).

4.2 Tujuan program KB

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah:

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.


4.3 Sasaran program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk

menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijakan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

4.4 Ruang lingkup program KB

Ruang lingkup program KB (Irianto, 2007) meliputi:

- 
- a. Komunikasi informasi dan edukasi (KIE)
 - b. Konseling
 - c. Pelayanan kontrasepsi
 - d. Pelayanan infertilitas
 - e. Pendidikan sex (*sex education*)
 - f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
 - g. Konsultasi genetik
 - h. Tes keganasan
 - i. Adopsi

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga berencana
- b. Kesehatan reproduksi remaja
- c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e. Keserasian kebijakan kependudukan
- f. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
- g. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan

4.5 Strategi pendekatan dan cara operasional program pelayanan KB

Strategi pendekatan dalam program keluarga berencana antara lain:

- a. Pendekatan kemasyarakatan (*community approach*).

Diarahkan untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.

b. Pendekatan koordinasi aktif (*active coordinative approach*)

Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan sejajar.

c. Pendekatan integrative (*integrative approach*)

Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat menguntungkan dan memberi manfaat pada semua pihak.

d. Pendekatan kualitas (*quality approach*)

Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (*provider*) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.

e. Pendekatan kemandirian (*self reliant approach*)

Memberikan peluang kepada sektor pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.

f. Pendekatan tiga dimensi (*three dimension approach*)

Strategi tiga dimensi program KB sebagai pendekatan program KB Nasional, dimana program tersebut atas dasar *survei* pasangan usia subur di Indonesia terhadap ajakan KIE yang terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

- (1) 15% PUS langsung merespon “ya” untuk ber-KB
- (2) 15-55% PUS merespon ragu-ragu“ untuk ber-KB
- (3) 30 % PUS merespon "tidak“ untuk ber-KB

4.6 Kegiatan/cara operasional pelayanan KB adalah sebagai berikut:

a. Pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)

Pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi dilakukan dengan memberikan penerangan konseling, advokasi, penerangan kelompok (penyuluhan) dan penerangan massa melalui media cetak, elektronik. Dengan penerangan, motivasi diharapkan meningkat sehingga terjadi

peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku masyarakat dalam berKB, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga sehingga tercapai Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

b. Pelayanan kontrasepsi dan pengayoman peserta KB

Dikembangkan program reproduksi keluarga sejahtera. Para wanita baik sebagai calon ibu atau ibu, merupakan anggota keluarga yang paling rentan mempunyai potensi yang besar untuk mendapatkan KIE dan pelayanan KB yang tepat dan benar dalam mempertahankan fungsi reproduksi. Reproduksi sehat sejahtera adalah suatu keadaan sehat baik fisik, mental dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi. Bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material, bertaqwa kepada Tuhan YME, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan antara keluarga dengan lingkungan. Dalam mencapai sasaran reproduksi sehat, dikembangkan 2 gerakan yaitu: pengembangan gerakan KB yang makin mandiri dan gerakan keluarga sehat sejahtera dan gerakan keluarga sadar HIV/AIDS. Pengayoman, melalui program ASKABI (asuransi keluarga berencana Indonesia), tujuan agar merasa aman dan terlindung apabila terjadi komplikasi dan kegagalan.

c. Peran serta masyarakat dan institusi pemerintah

Peran serta masyarakat ditonjolkan (pendekatan masyarakat) serta kerjasama institusi pemerintah (Dinas Kesehatan, BKKBN, Depag, RS, Puskesmas).

d. Pendidikan KB

Melalui jalur pendidikan (sekolah) dan pelatihan, baik petugas KB, bidan, dokter berupa pelatihan konseling dan keterampilan.

4.7 Hak-hak konsumen KB

a. Hak atas informasi

Hak untuk mengetahui segala manfaat dan keterbatasan pilihan metode perencanaan keluarga.

b. Hak akses.

Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan tanpa membedakan jenis kelamin, agama dan kepercayaan, suku, status sosial, status perkawinan dan lokasi.

c. Hak pilihan.

Hak untuk memutuskan secara bebas tanpa paksaan dalam memilih dan menerapkan metode KB.

d. Hak keamanan

Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan yang aman dan efektif.

e. Hak privasi

Setiap konsumen KB berhak untuk mendapatkan privasi atau bebas dari gangguan atau campur tangan orang lain dalam konseling dan pelayanan KB.

f. Hak kerahasiaan

Hak untuk mendapatkan jaminan bahwa informasi pribadi yang diberikan akan dirahasiakan.

g. Hak harkat

Yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan secara manusiawi, penuh penghargaan dan perhatian.

h. Hak kenyamanan

Setiap konsumen KB berhak untuk memperoleh kenyamanan dalam pelayanan.

i. Hak berpendapat

Hak untuk menyatakan pendapat secara bebas terhadap pelayanan yang ditawarkan.

j. Hak keberlangsungan

Yaitu hak untuk mendapatkan jaminan ketersediaan metode KB secara lengkap dan pelayanan yang berkesinambungan selama diperlukan.

k. Hak ganti rugi

Hak untuk mendapatkan ganti rugi apabila terjadi pelanggaran terhadap hak konsumen.

5. Vasektomi

Vasektomi merupakan upaya untuk mencegah fertilitas (Manuaba, 2016). Metodenya menggunakan operasi kecil dan hanya berlangsung sebentar sekitar 15 menit. Ketika seorang pria memilih untuk melaksanakan vasektomi, maka dia harus memenuhi persyaratan-persyaratannya. Hampir sama dengan tubektomi, persyaratan vasektomi juga mengharuskan calon akseptor sudah berusia di atas 35 tahun, dengan jumlah anak lebih dari dua. Hal ini dikarenakan vasektomi juga merupakan metode *permanent* yang menyebabkan sperma tidak bisa bertemu dengan ovarium. Perlu diingat, vasektomi ini tidak mempengaruhi hormon pria. Tidak berpengaruh juga terhadap gairah dan kemampuan seksual. Hal lainnya yang perlu diingat adalah jika sudah dilaksanakan prosedur operasi, maka anda ataupun suami harus tetap menggunakan salah satu alat kontrasepsi mengingat spermatozoa masih ada dalam saluran vesikula seminalis. Setelah melewati 15-20 ejakulasi, itu artinya cairan yang keluar sudah tidak lagi mengandung sel sperma. Akseptor adalah peserta keluarga berencana. Adapun metode yang digunakan bagi akseptor pria adalah dengan menggunakan kondom dan kontrasepsi mantap pria atau vasektomi.

Vasektomi merupakan tindakan penutupan (pemotongan, pengikatan, penyumbatan) kedua saluran mani pria/suami sebelah kanan dan kiri, sehingga pada waktu senggama sel mani tidak dapat keluar membuahi sel telur, sehingga tidak terjadi kehamilan. Tindakan yang dilakukan adalah lebih ringan daripada sunat atau khitan pada pria, pada umumnya dilakukan sekitar 15 sampai 45 menit, dengan cara mengikat dan memotong saluran

mani yang terdapat didalam kantong buah zakar. Kontrasepsi mantap pria atau vasektomi merupakan metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana, dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum (Hartanto, 2004).

Keberhasilan dari upaya promosi vasektomi, yaitu klien dan penyedia layanan. Media massa dan komunikasi interpersonal yang diarahkan kepada klien dapat menghilangkan mitos dan rumor, menyebarkan informasi akurat tentang prosedur, memberitahu laki-laki di mana metode ini ditawarkan, dan mendorong orang untuk membahas vasektomi dengan keluarga dan teman-teman mereka. Keberhasilan akseptor dalam mengakses vasektomi akan sangat berpengaruh terhadap cara kita untuk mempengaruhi mereka agar terlibat di dalamnya. Vasektomi juga perlu dipromosikan oleh seluruh sistem kesehatan dan semua staf klinik harus menerima pelatihan umum untuk membantu mereka memahami vasektomi secara lebih baik dan mampu membuat klien vasektomi merasa aman dan nyaman. Hal ini akan mendorong mereka untuk menginformasikan klien tentang vasektomi dan menawarkan konseling akurat dan seimbang sebelum menjalani operasi vasektomi. Vasektomi merupakan kontak atau metode operasi pria (MOP), dengan jalan memotong atau mengikat vas deferens sehingga saat ejakulasi tidak terdapat spermatozoa dalam cairan sperma. Setelah menjalani vasektomi tidak segera akan steril, tetapi memerlukan sekitar dua belas kali ejakulasi, baru sama sekali bebas dari spermatozoa. Oleh karena itu diperlukan penggunaan kondom selama dua belas kali sampai dilakukan cek sperma sudah tidak ada kandungan sperma dalam cairan tersebut.

MOP atau sering disebut vasektomi merupakan satu-satunya sterilisasi pria yang diterima sampai saat ini. Vasektomi bukan kebiri (pengambilan kedua testis) karena vasektomi adalah menghalangi perjalanan sperma dari testis masuk ke rahim, tepatnya dengan memotong dan mengikat sebagian vas deferens. Seseorang yang telah melaksanakan vasektomi tetap mengeluarkan cairan akan tetapi bebas dari sel sperma (Siswosudarmo, 2001). Sedangkan pengertian vasektomi menurut kamus sosiologi dan

kependudukan, adalah suatu operasi yang mempunyai tujuan upaya menggagalkan bertemunya sperma dengan ovarium, dan tetap memproduksi hormon testosteron (Hartini,1992). Adapun keuntungan dari MOP dibandingkan dengan metode medis operasi wanita (MOW) yaitu bahwa MOP sangat efektif, permanen, dan merupakan operasi kecil yang cukup dilakukan dengan anesthesia lokal.

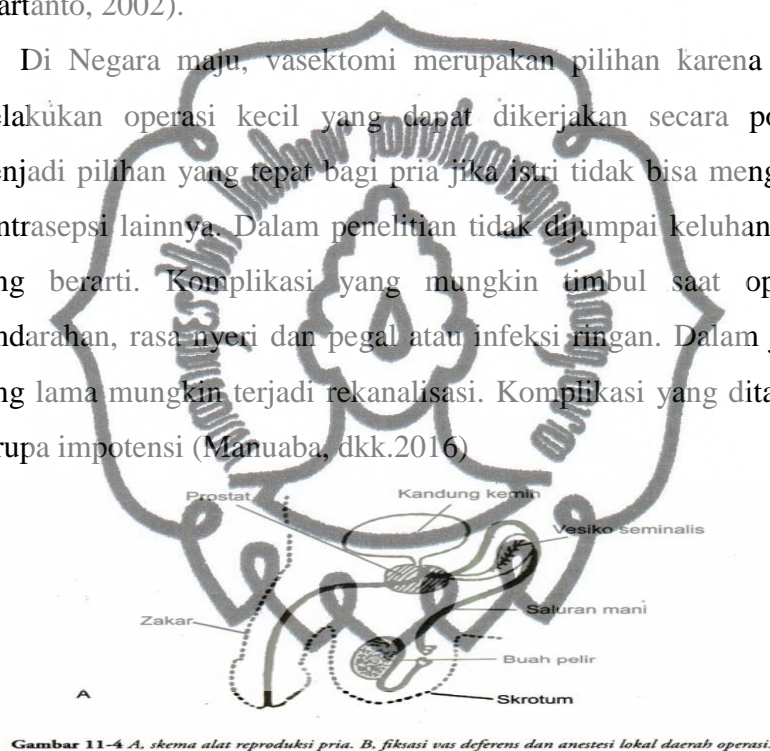
Komplikasi seperti masalah yang terjadi di kandung kemih yang kadang menyertai pada tubektomi tidak mungkin terjadi pada vasektomi. Kerugian dari MOP adalah sama seperti yang dialami pada operasi pada umumnya, seperti pendarahan dan infeksi merupakan resiko yang minimal mungkin terjadi. Selain itu, dalam MOP/sterilitas pria tercapai setelah 15-20 kali ejakulasi atau tiga bulan (Hartanto, 2002). Dalam MOP perlu diperhatikan mengenai pemilihan klien. Penilaian medis bagi calon akseptor adalah mengenai pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan daerah genital dan inguinal. Pertanyaan minimal yang harus diajukan di antaranya: umur, jumlah anak, umur anak terkecil, lama perkawinan, penyakit yang pernah diderita terutama yang berkaitan dengan resiko operasi seperti jantung, diabetes, dan ginjal. Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, status nutrisi (berat badan, tinggi badan, penentuan anemia), sedangkan pemeriksaan lokal meliputi daerah inguinal (infeksi, hernia). Dan yang tidak kalah penting adalah status psikiatrik yang menunjukkan apakah calon klien dalam kondisi ketakutan atau tidak.

Dalam tahap persiapan sebelum melakukan MOP maka klien harus mandi, daerah sekitar daerah operasi (skrotum, penis, inguinal) dicuci dengan air dan sabun lalu diolesi antiseptik seperti bethadine, ditunggu selama 2-3 menit supaya yodium bebas terlepas dan mampu membunuh kuman yang melekat di kulit. Irisan pada vasektomi hanya mengenai jaringan- jaringan superficial (Hartanto, 2002).

Selanjutnya, dalam teknik pembedahan ada hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu: lebarnya irisan, anesthesia yang cukup, manipulasi jaringan sehalus mungkin, hemostatis yang cermat dan praktek pencegahan

infeksi sebaik mungkin. Dalam MOP ada dua teknik, yaitu teknik standar yaitu menggunakan pisau dan teknik MOP tanpa pisau (Hartanto, 2002). Ada beberapa hal yang menyebabkan MOP mengalami kegagalan, diantaranya tidak digunakannya kontrasepsi lain dalam 15-20 ejakulasi pertama atau tiga bulan setelah operasi. Idealnya dua kali analisis cairan semen yang menunjukkan bebas sperma adalah bukti bahwa MOP berhasil (Hartanto, 2002).

Di Negara maju, vasektomi merupakan pilihan karena hanya sekali melakukan operasi kecil yang dapat dikerjakan secara poliklinis, dan menjadi pilihan yang tepat bagi pria jika istri tidak bisa menggunakan alat kontrasepsi lainnya. Dalam penelitian tidak dijumpai keluhan dan penyulit yang berarti. Komplikasi yang mungkin timbul saat operasi adalah pendarahan, rasa nyeri dan pegal atau infeksi ringan. Dalam jangka waktu yang lama mungkin terjadi rekanalisasi. Komplikasi yang ditakuti akseptor berupa impotensi (Manuaba, dkk.2016)



Gambar 2.6 Skema alat reproduksi pria

Sumber: Manuaba, dkk.2002

Vasektomi dilakukan melalui sebuah insisi kecil di skrotum, dan *lumen vas deferens* dirusak untuk menghambat lewatnya sperma dari testis. Dibandingkan dengan vasektomi, sterilisasi wanita memiliki perbedaan biaya tiga kali lipat, dan membutuhkan proses operasi yang lebih lama dan harus mengikuti persiapan sebelum proses operasi. Kekurangan vasektomi adalah bahwa sterilisasi tidak langsung terjadi. Ekspulsi sperma total yang tersimpan di saluran reproduksi setelah bagian vas deferens yang dipotong atau di ikat memerlukan waktu sekitar 3 (tiga)

minggu atau 12 kali ejakulasi. Angka kegagalan vasektomi jauh lebih sedikit daripada 1%. Air mani harus diperiksa sampai dua kali hitung sperma yang berturutan memberi hasil nol (Iverson, 2004)

Menurut Fox dan Klivert (2010) vasektomi merupakan operasi pemutusan saluran *vas deferens* (saluran yang berfungsi untuk mengalirkan sperma dari testis menuju penis). Vasektomi tidak mempengaruhi kadar gula seseorang. Efek samping vasektomi adalah ketidaknyamanan setelah operasi dilakukan, tetapi keadaan ini akan sembuh dalam beberapa hari. Infeksi dan penyakit komplikasi dapat terjadi meskipun sangat jarang. Ada beberapa alasan medis agar seseorang menghindari operasi tersebut, namun, secara umum tidak ada perbedaan antara laki-laki penderita diabetes dan laki-laki yang tidak menderita diabetes. Vasektomi mempunyai kelebihan:

- 1) Efektifitas tinggi untuk melindungi kehamilan;
- 2) Tidak ada kematian dan angka kesakitannya rendah;
- 3) Biaya lebih murah karena membutuhkan satu kali tindakan saja, gratis untuk program pemerintah;
- 4) Prosedur medis dilakukan hanya sekitar 15 – 45 menit;
- 5) Tidak mengganggu hubungan seksual setelah vasektomi;
- 6) Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit dibandingkan dengan kontrasepsi lain.

Keterbatasan vasektomi antara lain:

- 1) Karena dilakukan dengan tindakan medis/pembedahan, maka masih memungkinkan terjadi komplikasi, seperti perdarahan, nyeri dan infeksi;
- 2) Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS;
- 3) Harus menggunakan kondom selama 12 – 15 kali senggama agar sel mani menjadi negatif;
- 4) Pada orang yang mempunyai problem psikologis dalam hubungan seksual, dapat menyebabkan keadaan semakin terganggu. Efektifitas

vasektomi sangat tinggi, artinya kemungkinan gagal kecil sekali (0,15%) jika tindakan medis dilakukan secara benar.

B. Kerangka berpikir penelitian

Penelitian ini akan berangkat dari kebijakan pemerintah terkait penggunaan KB terutama pada KB MOP/vasektomi dengan rendahnya peminatan akan KB MOP/vasektomi yang banyak sekali dipengaruhi oleh faktor kondisi masyarakat itu sendiri dilihat dari kognitif, afektif dan psikomotor, pasangan usia subur, pengalaman, sumber informasi, *role model*, persepsi dan pengetahuan, sementara itu di dalam masyarakat penelitian ini melihat pemberdayaan masyarakat dilihat dari pemahaman PUS (pasangan usia subur) pria dan wanita itu sendiri. Rendahnya MOP/vasektomi pada masyarakat dengan masalah perilaku bahwa kesehatan reproduksi merupakan urusan wanita namun yang menjadi tonggak keputusan tetap di peran laki laki sebagai seorang suami. Hal ini memerlukan partisipasi dan dukungan dari berbagai pihak, antara lain : pemerintah, *stakeholder* yang ada di masyarakat seperti peran petugas kesehatan dalam mempromosikan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi yang tidak fokus saja pada wanita melainkan juga pada pria terutama perihal penggunaan KB pria (MOP/vasektomi), *sosial support* dan pemberdayaan pada masyarakat itu sendiri. Atas fenomena tersebut, pemberdayaan dimulai dari masyarakat itu sendiri terutama pada PUS (pasangan usia subur). Walaupun terkadang masyarakat masih mempunyai pemahaman bahwa KB merupakan urusan wanita bukan urusan pria namun segala keputusan dalam penggunaan KB tetap pada keputusan pria atau seorang suami, walaupun sebenarnya dalam keputusan menggunakan KB adalah keputusan bersama pasangan. Sebagai bagian dari promosi kesehatan peran petugas kesehatan, masyarakat ataupun pemerintah melakukan pemberdayaan masyarakat dalam hal meningkatkan penggunaan KB yang secara seimbang dalam memutuskan suatu pilihan dari berbagai macam pilihan dalam menggunakan KB namun dilihat dari berbagai sudut pandang pilihan yang efektif, efisien dan merupakan keberhasilan dalam menurunkan

angka kematian dan menurunkan jumlah kelahiran, yang merupakan program dari MDG's yang belum tercapai di tahun 2015 dan dilanjutkan program SDG's mengenai KB berada pada *goals* ketiga mengenai kesehatan yang baik dan kesejahteraan serta yang kelima mengenai kesetaraan gender/*gender equity*. Dasar pertimbangan pemilihan lokasi di Kabupaten Mojokerto sebagai sasaran pemberdayaan masyarakat dalam upaya peningkatan penggunaan KB pria/MOP/vasektomi adalah adanya jumlah penggunaan KB pria yang jumlahnya tidak sama dalam satu Kabupaten yang tersebar di berbagai wilayah kecamatan di Kabupaten Mojokerto seperti Kecamatan Sooko yang merupakan daerah dekat jalur utama antar provinsi. Dimana ada dalam satu wilayah Kecamatan di Kabupaten Mojokerto yang jumlah KB pria tinggi dibandingkan wilayah Kecamatan yang lain yaitu Kecamatan Jetis. Di wilayah Kecamatan Jetis Kabupaten Mojokerto jumlah pengguna KB pria baru aktif banyak berdasarkan Data P2KB-P2 tahun 2014 sejumlah 70 peserta vasektomi, tahun 2016 sejumlah 79 peserta, serta informasi dari koordinator PLKB Kecamatan Jetis ada dua orang peserta dilakukan vasektomi pada bulan april 2017. Dengan terbentuknya kelompok-kelompok sosial pengguna KB pria rutin berkumpul dalam acara tahlil, rapat warga untuk mensosialisasikan bahwa KB bukanlah urusan wanita saja, namun keputusan menggunakan KB adalah keputusan bersama yang disosialisasikan oleh kelompok KB pria "BIMA", namun program yang sudah ada belum berjalan maksimal. Serta di dapatkan juga di wilayah Kecamatan Jetis sebagai akseptor KB pria/vasektomi seperti koordinator PLKB Kecamatan, kepala Babinsa, kepala puskesmas, kepala dusun, ketua kelompok kelompok tani, kepala bidang keluarga sejahtera (KS) Kabupaten Mojokerto sebagai akseptor KB pria/vasektomi yang nantinya bisa memberikan informasi untuk pengguna KB pria yang lain sebagai dasar bahwa pengguna KB tidak hanya pada wanita melainkan juga peran laki laki juga bisa menjadi sebuah pilihan atau keputusan. Dukungan dari *stakeholder* dalam hal penerimaan, penyadaran, *role model*, pemahaman, pandangan dan perasaan atau emosi mengenai keputusan dalam ber KB perlu juga peningkatan kognitif, afektif

maupun psikomotor serta peran partisipasi dari PUS mengenai keputusan dalam menggunakan KB sehingga yang diharapkan bisa meningkatkan penggunaan KB terutama pada /MOP/vasektomi. Masalah-masalah inilah yang melatarbelakangi munculnya ide/gagasan untuk melakukan pemberdayaan masyarakat melalui kelompok KB pria “BIMA” tentang MOP/vasektomi.

Keberhasilan pemberdayaan masyarakat kelompok KB pria “BIMA” sangat tergantung pada pengetahuan, pemahaman, informasi dalam pengembangan masyarakat. Peneliti melakukan penelitian pendahuluan tentang pengetahuan suami isteri mengenai vasektomi/MOP, faktor yang mempengaruhi, sumber informasi, pemahaman tentang vasektomi/MOP, pemahaman pasangannya terhadap vasektomi, jumlah akseptor KB pria yang belum merata merupakan masalah yang di alami oleh petugas PLKB yang ada di Kabupaten Mojokerto. Selain itu peran Pemerintah yang kurang terhadap vasektomi dikarenakan masih banyak pilihan lain dalam menggunakan alat KB, namun penggunaan KB yang efektif dan efisien dengan angka kegagalan hampir tidak ada, jikalau pun ada angka kegagalan sebesar 1% dikarenakan dalam mendapatkan informasi setelah dilakukan vasektomi belum di pahami oleh akseptor.

Dengan adanya kelompok KB pria/vasektomi bisa sebagai sumber informasi atau contoh bagi orang lain yang belum menggunakan vasektomi, mengatasi masalah istri dalam hal menggunakan KB seperti istri mempunyai riwayat asma, riwayat hipertensi, dan yang sudah berganti ganti jenis KB, maka vasektomi bisa menjadi pilihan bagi pasangan usia subur. Untuk lebih meningkatkan pemahaman atau domain perilaku, maka pengalaman atau sumber informasi dari pengguna vasektomi sehingga bisa memberikan testimoni di dalam kegiatan masyarakat. Pihak-pihak terkait membantu dalam kegiatan sosialisasi kesehatan reproduksi pria, pendampingan dan sharing informasi terkait vasektomi. Kerjasama terkait mulai dari Pemerintahan Daerah sampai ke wilayah, bisa menghasilkan berbagai informasi mengenai vasektomi, fasilitas kesehatan konsultasi KB pria, kegiatan kegiatan promosi

kesehatan terkait kesehatan reproduksi pria. Kegiatan kelompok KB pria bisa dilakukan rutin di saat adanya posyandu dan membentuk kader kader pria yang selama ini kebanyakan kader posyandu adalah wanita, tujuannya dengan adanya keterlibatan kader pria bisa memberikan informasi dan *sharing* terkait vasektomi ataupun kesehatan reproduksi pria.

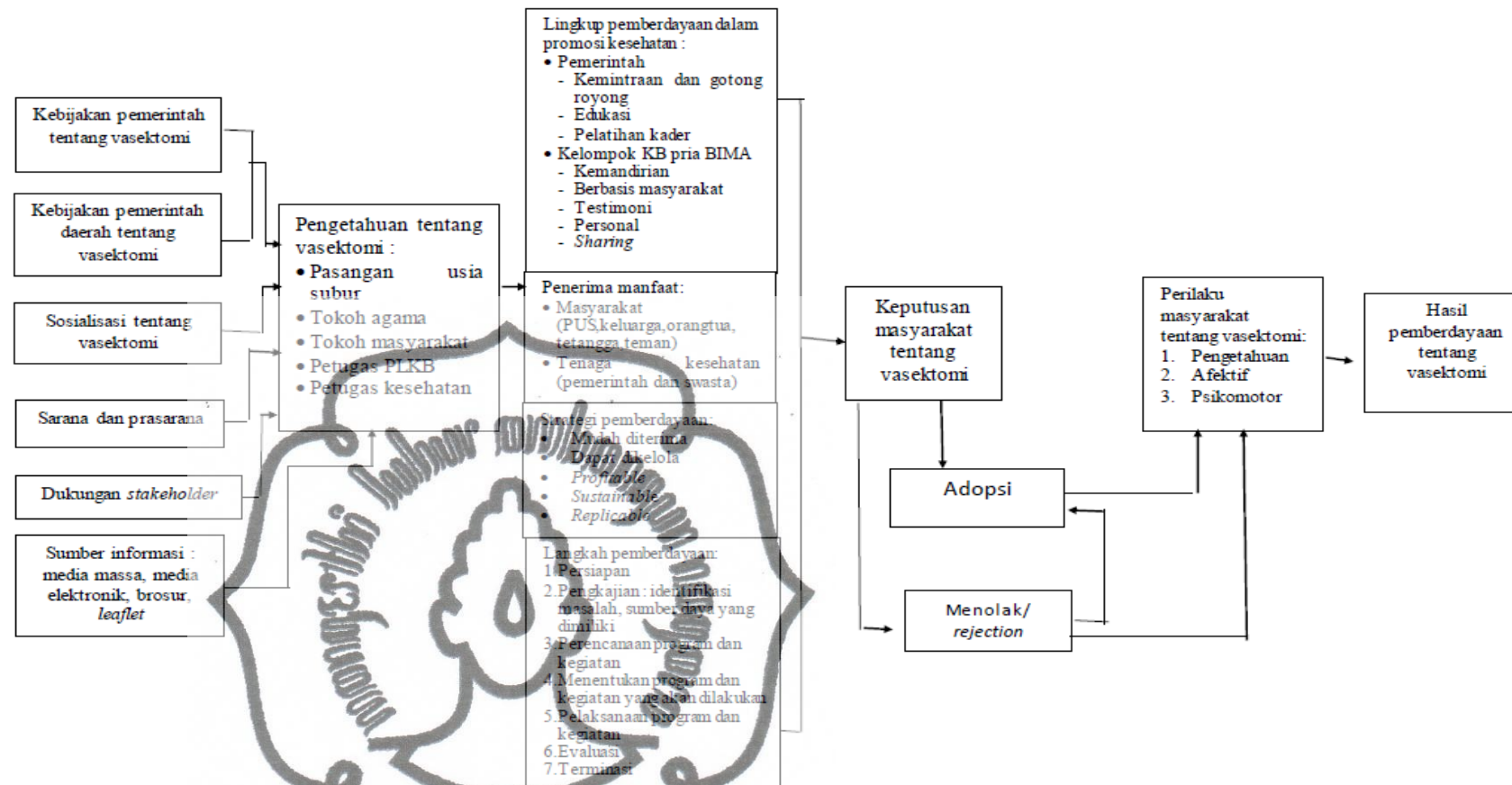
Sedangkan hasil observasi fasilitas sarana dan prasarana yang digunakan oleh kelompok KB pria/akseptor MOP, di saat memberikan informasi perihal vasektomi diberikan setelah akhir acara rapat RT, tahlil atau pengajian. Sarana yang sering digunakan sebagai tempat berkumpul kelompok KB pria/akseptor vasektomi di lakukan di rumah warga saat acara yang ada di masyarakat, di kantor kecamatan bagian PLKB, ini menunjukkan bahwa sarana yang secara khusus untuk aktivitas kelompok KB pria terbatas dan dilakukan secara mandiri dan tidak terstruktur seperti di lakukan dalam kegiatan posyandu yang rutin di lakukan.

Informasi dari kepala bidang keluarga sejahtera Kabupaten Mojokerto menyatakan daerah yang paling banyak akseptor KB pria/peserta vasektomi adalah Kecamatan Jetis. Hal ini di dukung di daerah Kecamatan Jetis sebagai pelopor dalam vasektomi adalah perangkat desa, kepala puskesmas, koordinator PLKB kecamatan, kelompok-kelompok tani yang tergabung dalam kelompok KB pria “BIMA” sehingga dapat mendukung dalam strategi pemberian informasi dengan menggunakan mereka sebagai contoh yang membantu mendukung upaya meningkatkan jumlah peserta vasektomi/MOP di Kabupaten Mojokerto, yang nantinya bisa menjadi daerah percontohan.

Hal yang sama di sampaikan oleh kepala bidang PPKB-PP Kabupaten Mojokerto bahwa dengan banyaknya pelaku vasektomi yang tergabung dalam kelompok-kelompok sosial bisa membantu upaya dalam mensosialisasikan KB pria/vasektomi/MOP secara alami yang mereka dapatkan secara langsung melalui akseptor vasektomi, dengan mendapatkan informasi langsung berdasarkan pengalaman dari akseptor MOP bisa menghilangkan pemahaman seseorang tentang akibat penurunan kejantanan, perubahan fisik, serta resiko-resiko lain setelah dilakukan vasektomi adalah tidak benar.

Lingkup pemberdayaan masyarakat tentang vasektomi melalui kegiatan kelompok KB pria “BIMA” adalah pemberian informasi, kegiatan kelompok KB yang terstruktur, pertemuan rutin. Selain itu perlu dilihat bagaimana proses pemberdayaan kelompok KB pria “BIMA” dilihat dari kebijakan pemerintah daerah, ketenagaan, penyelenggaraan sarana dan prasarana. Selanjutnya dilihat dari aspek penerima manfaat. Pengamatan peneliti terhadap kelompok KB pria atau akseptor MOP masih belum berorientasi pada kebutuhan kelompok seperti keberlanjutannya, tetapi sebagai tempat menggali informasi efek setelah dilakukan vasektomi/MOP.





Gambar 2.7 Kerangka pikir penelitian pemberdayaan masyarakat melalui kelompok KB pria “BIMA” tentang MOP/vasektomi (studi kasus perilaku masyarakat tentang vasektomi/MOP)

C. Dimensi penelitian

Dimensi penelitian adalah operasionalisasi variabel atau faktor-faktor yang akan dikaji dalam penelitian dan digunakan untuk memberikan arahan bagi pengukurannya (Mardikanto, 2010). Dalam penelitian ini variabel yang diteliti sebagai berikut:

1. Kebijakan pemerintah dan kebijakan pemerintah daerah mengenai vasektomi/MOP, dilihat dari :
 - a) Dasar hukum
 - b) Sosialisasi tentang vasektomi/MOP
 - c) Sarana dan prasarana
2. Pengetahuan mengenai vasektomi/MOP pada :
 - a) Pasangan usia subur
 - b) Tokoh masyarakat
 - c) Tokoh agama
 - d) Petugas kesehatan
 - e) Petugas PLKB
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi masyarakat mengenai vasektomi/MOP dipengaruhi oleh :
 - a) Sumber informasi

Terbatasnya informasi alat kontrasepsi pria dan pelayanan yang diberikan. Kampanye dan sosialisasi yang minim, pelaku komunikasi suami-isteri menyangkut pemakaian alat kontrasepsi, tempat mendapatkan pelayanan, lama pemakaian, efek samping dan siapa yang harus menggunakan kontrasepsi perlu menjadi pertimbangan pihak pengambil keputusan. Adanya testimoni dari pelaku vasektomi bisa menjadi sumber informasi yang tepat untuk memberikan informasi tentang vasektomi. Bentuk pertemuan yang ada adalah pertemuan RT, tahlilan, bersamaan dengan kegiatan arisan bapak-bapak setiap bulan dan penyuluhan sebaiknya oleh petugas PLKB, pelaku vasektomi, tenaga kesehatan seperti perawat desa, bidan desa dan dokter. Dalam hal substansi KIE KB, ada yang menyarankan tentang medis operasi pria, biaya dan tempat

pelayanan. Selain itu, materi lain yang diperlukan adalah tentang manfaat KB, efek samping KB, sumber pelayanan KB dan biaya pelayanan KB.

b) Sarana dan prasarana

Terbatasnya jenis kontrasepsi pria yang ada dan terbatasnya tempat pelayanan KB pria terutama mengenai vasektomi/MOP, serta komitmen pemerintah yang belum tepat dan banyaknya rumor yang berkembang negatif tentang kontrasepsi pria/vasektomi/MOP.

c) Pengetahuan/*kognitif*

Berdasarkan pengetahuan yang didapatkan bahwa pria setelah dilakukan vasektomi/MOP, maka, kejantanan akan turun, tidak perkasa lagi, jika nyeleweng tidak ketahuan, KB itu urusan ibu-ibu, tenaga berkurang mudah loyoh, tidak bisa ereksi lagi secara maksimal

d) Psikomotor/*skill*

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung antara lain fasilitas dan *support* dalam program keluarga berencana pada vasektomi.

e) Sikap/*attitude*

Anggapan jika setelah menggunakan alat kontrasepsi dan faktor-faktor lainnya, menurunkan libido, kurang memuaskan, nyeri setelah post operasi, saat ejakulasi cairan yang dikeluarkan sedikit, setelah vasektomi masih ada kegagalan seperti istri masih hamil.

f) Tenaga kesehatan

Tebatasnya tenaga kesehatan dalam ketrampilan melakukan tindakan vasektomi dan petugas kesehatan yang terbatas dalam memberikan informasi mengenai vasektomi

4. Lingkup pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan, meliputi :

a. Berbasis masyarakat

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis pada tata nilai perorangan, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan kebutuhan, permasalahan yang ada serta modal sosial. Dengan adanya kelompok sosial yang ada di masyarakat diantara kelompok yang tergabung dalam

kelompok vasektomi/MOP, sehingga bisa mensosialisasikan vasektomi/MOP, dan bisa menjadi sumber informasi yang lengkap bagi seseorang mengenai vasektomi/MOP. Kegiatan tersebut dilakukan dalam acara seperti tahlil, rapat RT dll.

- b. Edukasi dan kemandirian, artinya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dilakukan atas dasar untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta menjadi penggerak dalam pembangunan kesehatan.
 - c. Kesempatan mengemukakan pendapat dan memilih pelayanan kesehatan, artinya masyarakat mempunyai kesempatan untuk menerima pembaharuan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.
 - d. Kemitraan dan gotong royong, artinya semua pelaku pembangunan kesehatan baik sebagai penyelenggara maupun sebagai pengguna jasa kesehatan dengan masyarakat yang dilayani berinteraksi dalam semangat kebersamaan, kesetaraan, dan saling memperoleh manfaat
5. Penerima manfaat
- Penerima manfaat, terdiri dari: pelaku pemberdayaan yang meliputi:
- 1) pasangan usia subur, 2) masyarakat, 3) keluarga, 4) tenaga kesehatan, 5) kelompok penentu kebijakan yaitu pemerintah.
6. Strategi pemberdayaan, dilihat dari :
- 1) Mudah diterima dan didayagunakan oleh masyarakat mengenai vasektomi (*acceptable*);
 - 2) Dapat dikelola oleh masyarakat secara terbuka tentang vasektomi melalui kelompok KB pria BIMA (*accountable*);
 - 3) Memberikan pendapatan yang memadai dan mendidik masyarakat secara ekonomis terkait dengan vasektomi (*profitable*);
 - 4) Mengenai vasektomi dapat di informasikan oleh masyarakat sendiri secara luas (*sustainable*); dan

- 5) Pengelolaan dana dan dikembangkan oleh masyarakat dalam lingkup yang lebih luas (*replicable*). mengenai vasektomi melalui kelompok yang ada

8. Langkah-langkah pemberdayaan

- 1) Persiapan
- 2) Pengkajian: identifikasi masalah, sumber daya yang dimiliki
- 3) Perencanaan program dan kegiatan
- 4) Menentukan program dan kegiatan yang akan dilakukan
- 5) Pelaksanaan program dan kegiatan
- 6) Evaluasi
- 7) Terminasi

9. Dukungan *stakeholder*

Peran dukungan dari *stakeholder* dari pemerintah maupun swasta dalam upaya pemberdayaan untuk mengatasi permasalahan sosial yang ada di masyarakat terkait vasektomi/MOP.

10. Perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Menurut Bloom, ada tiga domain perilaku, yang terdiri dari:

- a) Kognitif (mengingat, memahami, aplikasi, analisis, evaluasi, kreativitas) *revised Anderson and Kartwahl's*
- b) Afektif (menerima, merespon, menghargai, bertanggungjawab)
- c) Psikomotor (persepsi, respon terpinpin, mekanisme, adopsi)

Perilaku juga dipengaruhi seseorang dalam mengadopsi suatu inovasi, menurut teori difusi inovasi Rogers (1983), seseorang dalam mengambil keputusan melalui proses, yaitu:

- a) Pengetahuan
- b) Persuasi
- c) Keputusan: adopsi dan menolak
- d) Implementasi
- e) Konfirmasi

commit to user

11. Kelompok KB pria “BIMA”

Sekumpulan manusia yang memiliki kesadaran bersama akan keanggotaan dan saling berinteraksi. Kelompok diciptakan oleh anggota masyarakat yang memiliki kepentingan bersama dan juga dapat mempengaruhi perubahan perilaku.

12. Hasil pemberdayaan adalah hasil memampukan atau memandirikan dalam meningkatkan akseptor vasektomi dengan mengubah perilaku seorang individu tentang vasektomi

