

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Widjojo Nitisastro mengungkapkan bahwa pertumbuhan ekonomi tidak akan berjalan tanpa didukung sumber daya manusia (SDM) yang memadai. Sebaliknya, pembangunan SDM tidak akan tercapai tanpa dukungan pertumbuhan ekonomi. Demikian juga pertumbuhan ekonomi dan pembangunan SDM akan sulit terlaksana, jika jumlah penduduk tidak terkendali (<http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=292600> diakses pada tanggal 7 Oktober 2012). Sehingga laju pertumbuhan penduduk ini harus dikendalikan demi peningkatan kualitas kehidupan dan kesejahteraan keluarga dengan mengatur kelahiran melalui program Keluarga Berencana (KB).

Keluarga Berencana merupakan bagian terpadu dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menurunkan angka *Total Fertility Rate* (TFR) menjadi 2,1 yang bertujuan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang agar kesejahteraan ekonomi, spiritual, dan sosial budaya penduduk Indonesia dapat tercapai.

Dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan program KB selama lima tahun masih jauh dari harapan atau target yang ditetapkan (dari sasaran tahun 2014 yaitu 2,1). *Total fertility rate* (TFR) yaitu kelahiran dari satu perempuan tetap 2,6 atau sama dengan SDKI 2007. Begitu juga angka pemakaian kontrasepsi (CPR) juga masih 57% (diharapkan pada tahun 2014 bisa mencapai 65%), dan pasangan usia subur yang ingin menunda dan

menjarangkan anak tapi tidak terlayani (*unmet need*) masih 8,1% (sasaran tahun 2014 sebesar 5%). Indikator Angka Kelahiran menurut Umur (ASFR) 15-19 tahun tercapai sebesar 48/1000 wanita, sedangkan sasaran pada tahun 2014 sebesar 30/1000 wanita. Disisi lain Pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) di tahun 2015 yang menjadi komitmen Indonesia dikancah Internasional untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan menurunkan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) serta TFR dari perspektif indikator demografi masih menunjukkan angka yang relatif tinggi (<http://www.bkkbn.go.id/ViewSekapurSirihID=16> diakses pada tanggal 2 Maret 2013). Salah satu sasaran dari sekian banyak sasaran yang akan dicapai pada program KB dalam jangka panjang demi tercapainya Keluarga Berkualitas 2015, adalah upaya mencapai peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB.

Dari perspektif gender, selama ini KB hanya menjadi “wilayah perempuan”, sehingga istrilah yang harus ber-KB. Namun, pasca ICPD di Cairo tahun 1994 lalu, upaya menyuarakan kesetaraan gender sangat gencar dilakukan oleh banyak negara termasuk pemenuhan hak-hak reproduksi perempuan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatannya (BKKBN, 2003:37).

Pengarusutamaan gender (*Gender Mainstreaming*) pada hakikatnya adalah suatu strategi yang dilakukan untuk menciptakan kondisi kesetaraan dan keadilan gender, hal tersebut tertuang dalam Instruksi Presiden Nomor 9 tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional. Pengarusutamaan gender sebagai strategi merupakan upaya untuk menegakan hak-hak perempuan dan laki-laki atas kesepakatan yang sama, pengakuan yang sama dan penghargaan yang sama oleh masyarakat. Tujuan pengarusutamaan gender adalah memberikan panduan pelaksanaan bagi penyelenggara pembangunan melalui upaya promosi,

advokasi, KIE dan fasilitas agar dapat mempunyai akses terhadap informasi yang berguna melakukan proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian atas kebijakan dan program pembangunan nasional yang berwawasan gender dalam rangka mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara (BKKBN, 2003:197).

Karena itulah KB bukan lagi menjadi tanggung jawab isteri semata, tetapi juga menjadi tanggung jawab suami sebagai kepala keluarga. Sampai saat ini partisipasi pria dalam KB dan kesehatan reproduksi baik secara langsung maupun tidak langsung perlu ditingkatkan, berdasarkan Buletin Mitra KB No. 001/Tahun I/Januari 2001 ada beberapa alasan mengapa pria perlu dilibatkan dalam program KB dan kesehatan reproduksi :

- a) Pria merupakan partner/pasangan dalam kegiatan reproduksi dan seksual;
- b) Pria bertanggung jawab secara sosial, moral dan ekonomi terhadap keluarga;
- c) Pria secara nyata terlibat dalam fertilitas;
- d) Partisipasi pria dalam pelaksanaan KB dan kesehatan reproduksi saat ini masih rendah.

Selain itu, pria juga mempunyai hak reproduksi yang sama dengan wanita, sama-sama mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan KB, mempunyai kesempatan yang sama untuk berperan sebagai peserta KB, dan mempunyai posisi yang sama dan setara dalam pengambilan keputusan mengenai KB. Walaupun keterlibatan pria dalam KB dan kesehatan reproduksi sangat penting, namun masih banyak pria yang tidak mau melakukannya terutama dalam praktek KB.

Menurut hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, di level nasional kesertaan KB pria baru 1,5 persen dengan rincian Kondom 1,3 persen dan MOP hanya 0,2 persen. Di Propinsi DIY sendiri, berdasarkan laporan dari BKKBN DIY, hingga akhir Desember 2009, kesertaan KB pria telah

mencapai angka cukup menggembirakan yakni 5,88 persen dengan rincian pengguna Kondom 5,26 persen dan MOP 0,61 persen. Sementara di Kulonprogo, meskipun telah terjadi peningkatan proporsi kesertaan KB pria sekitar 0,4 persen dibanding tahun 2008 hingga proporsinya mencapai 4,51 persen, kondisinya masih jauh tertinggal dibanding capaian beberapa kabupaten/kota lain di DIY. Karena tercatat, Kota KB Prianya mencapai 16,69 persen, Sleman 7 persen dan Bantul 5,61 persen. Satu-satunya kabupaten yang capaiannya di bawah Kulonprogo hanya Gunungkidul sebesar 2,18 persen. (<http://www.kulonprogokab.go.id/v21/Tantangan-Mendongkrak-Kesertaan-KB-Pria-di-Kulonprogo-1062> diakses pada tanggal 14 Oktober 2012).

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh BPMPPDKB Kabupaten Kulonprogo, capaian kesertaan KB pria di DIY khususnya di Kabupaten Kulonprogo belum cukup memuaskan. Meskipun capaian peserta KB pria Aktif DIY 6,5% dan Kulonprogo 5,4% yang berarti di atas rata-rata nasional yang besarnya 3,9%, namun dalam merekrut akseptor baru KB pria tetap saja mengalami kelambanan khususnya di Kulonprogo.

Hingga akhir Desember 2011, Kulonprogo menempati posisi terendah dalam merekrut peserta KB pria baru melalui MOP. Dari 658 akseptor baru KB pria, hanya 13 akseptor yang memilih cara MOP dan 645 akseptor menggunakan kondom (Sumber: Rek Kab-F/II/KB/08). Adapun tahun 2010 lalu hanya 378 akseptor dengan rincian kondom 357 akseptor dan MOP 21 akseptor (<http://www.suaramerdeka.com/v1/index.php/read/news/2013/01/24/142848/Peserta-Baru-KB-Pria-Kulonprogo-Tertinggi-DIY> diakses pada tanggal 30 Januari 2013).

Angka tersebut menunjukkan adanya penurunan jumlah PB KB MOP yang signifikan di Kabupaten Kulonprogo pada tahun 2011. Sehingga diperlukan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) serta promosi kesehatan yang efektif tentang KB agar program tersebut dapat terealisasikan.

Kemudian dari data ini diketahui bahwa angka capaian partisipasi pria dalam ber-KB di Kulonprogo cukup baik, namun terdapat ketimpangan antara proporsi peserta KB pria aktif yang melalui MOP 447 dan Kondom 1197 yaitu sebanyak 513. Selain itu, Kulonprogo memiliki 67.565 PUS (Pasangan Usia Subur) namun yang menggunakan kontrasepsi (ikut KB) hanya 51.965 PUS sehingga angka prevalensinya hanya 76,91 persen. Angka ini memang tidak terlalu buruk, apalagi di level nasional angkanya baru dalam kisaran 67,5 persen (hasil Mini Survei Tahun 2011). Tetapi bila dibandingkan capaian prevalensi KB di DIY sebesar 78,74 persen, tampak bahwa Kulonprogo cukup tertinggal dalam hal kesadaran PUS untuk ikut KB dibandingkan kabupaten/kota lainnya di DIY.

Proporsi capaian KB Pria dengan vasektomi/MOP yang relatif rendah disebabkan beberapa hal, pertama untuk metode kontrasepsi MOP atau vasektomi masih mengalami sedikit hambatan dari sisi agama, budaya maupun dari pasangannya sendiri. Dari sisi agama, masih ada sebagian orang/tokoh agama yang belum membolehkan MOP karena dianggap menentang kodrat. Sedang dari sisi budaya, masyarakat Kulonprogo yang menganut faham patriarki masih menganggap KB adalah urusan perempuan, sehingga MOP belum dilirik sebagai cara kontrasepsi pilihan bagi keluarga. Dan dari sisi pasangan atau isteri masih ada sebagian ibu yang melarang suaminya ikut MOP karena dianggap akan mengurangi vitalitasnya (<http://www.kulonprogokab.go.id/v21/Capaian-KB-Pria-Kulo-Progo-5-38-2291> diakses pada tanggal 30 Nopember 2012).

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) melalui MOP sangat penting dalam mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia (KKB), serta memberikan kontribusi dalam menyukseskan program KKB guna menekan laju pertumbuhan penduduk serta meningkatkan kualitas SDM Indonesia yang saat ini masih relatif lebih rendah. Arus globalisasi yang menghendaki tuntutan hak asasi, demokrasi, peningkatan keadilan dan kesejahteraan bercampur dengan keadaan dan sosial budaya dan adat istiadat yang menganut patriarkhat akan memberikan tekanan dan permasalahan sendiri terhadap program KB pria (BKKBN, 2002:45). Serta, masih banyaknya rumors tentang KB pria sebagai akibat dari adanya informasi yang kurang tepat telah menyebabkan banyak suami enggan untuk mengetahui lebih jauh tentang cara KB ini.

Selain itu, Kabupaten Kulonprogo dihadapkan pada kenyataan terus menyusutnya jumlah Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan minimnya anggaran Pemerintah Daerah (Pemda) untuk mendukung program KB. Selama beberapa tahun terakhir, jumlah PLKB Kulonprogo berkurang cukup drastis, di tahun 2008 masih terdapat 52 PLKB, sementara di tahun 2010 tinggal 50 PLKB dan di tahun 2011 hingga bulan Maret telah berkurang lagi menjadi 47 PLKB. Dengan jumlah desa binaan sebanyak 88 desa yang tersebar di 12 kecamatan, tentu menjadi tantangan berat pada tahun-tahun mendatang. Keterbatasan anggaran telah menjadi kendala tersendiri terutama dalam hal penggerakan 4.575 kader Institusi Masyarakat Pedesaan (IMP) di Kulonprogo yang selama ini membantu pelaksanaan program KB.

Dengan adanya berbagai hambatan tersebut, dalam rangka meningkatkan KB pria, para pengelola termasuk penyuluh KB di Kulonprogo dihadapkan pada berbagai tantangan untuk:

a.) Melakukan intensifikasi upaya promosi, sosialisasi, dan KIE KB pria melalui jalur kelompok. Kegiatan KIE bukan sekedar memberikan informasi sebagai bagian dari komunikasi, tetapi juga sudah mengarah bagaimana mempengaruhi opini publik, dari tidak mendukung program menjadi mendukung, dari antipati menjadi lebih bertoleransi dari pasif menjadi aktif untuk berpartisipasi.

b.) Melakukan pendekatan pelibatan lebih besar pada tokoh masyarakat, tokoh agama yang berpengaruh, organisasi profesi maupun lintas sektor dan mitra kerja lainnya dalam advokasi KIE pada kelompok sasaran.

c.) Membentuk grup-grup *leader* (pelopor) dimasing-masing wilayah sebagai upaya efektif untuk mempromosikan pentingnya sekaligus manfaat KB pria bagi mereka.

d.) Memberikan *reward* (penghargaan) pada para suami yang mau ber-KB, ini penting untuk lebih memotivasi para suami agar mau ber-KB.

Mengingat masih rendahnya minat pria dalam ber-KB, BPMPDPKB Kabupaten Kulonprogo melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan partisipasi pria dalam ber-KB. Merujuk pada surat dari Direktur Advokasi dan KIE BKKBN Pusat No 2697/AK.002/G.1/2012 tertanggal 4 Oktober 2012 tentang KIE KKB Pasar Tradisional dan surat Ka Perwakilan BKKBN DIY No. 237/AK.002/J.5/2012 tertanggal 9 Oktober 2012 tentang hal yang sama, di mana Provinsi DIY ditunjuk sebagai salah satu lokasi untuk menyelenggarakan Kegiatan KIE KKB Pasar Tradisional (Gerebeg Pasar) bersama dengan sembilan provinsi lainnya, yakni: Provinsi Lampung, Aceh, Riau, Sumatera Selatan, Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Maka BPMPDPKB menyelenggarakan “Gebyar Motivator KB Pria melalui Gerebeg Pasar (Gerakan Pemberdayaan Keluarga Pas Sasaran)”, ini adalah dalam rangka memperkuat KIE

KKB melalui peningkatan akses informasi masyarakat luas termasuk para pedagang pasar melalui dukungan sarana prasarana yang ada.

BPMPDPKB juga menyelenggarakan kegiatan Sosialisasi Peran Tokoh Agama dalam Program Kependudukan dan Keluarga Berencana. Tokoh agama selama ini memiliki peran yang sangat penting dalam rangka menyukseskan program pemerintah. Peran mereka tidak sebatas sebagai pencerah pada masyarakat tetapi juga sebagai pemberi contoh yang dapat diteladani sebagai warga negara yang baik. Terlebih di Kulonprogo saat ini telah terbentuk Kelompok Seni Peduli KB (KSP-KB) melalui SK Bupati Nomor 237 Tahun 2009 dengan Akte Pendirian Group Kesenian Nomor 431/83/AKTE KT/2009 yang telah aktif berkiprah melalui pembuatan lagu campur sari, siaran radio, pertunjukan wayang dan dagelan KB, dan sebagainya.

KB di Kulonprogo semakin penting di tengah era otonomi daerah yang menuntut Pemda mampu mengkondisikan wilayahnya sebagai modal dasar pembangunan di segala bidang. Guna mempercepat terwujudnya keluarga yang berkualitas, khususnya partisipasi pria/suami dalam KB dan kesehatan reproduksi yang semakin nyata, maka perlu ditingkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pria dalam KB dan kesehatan reproduksi melalui berbagai upaya promosi.

BPMPDPKB Kulonprogo membutuhkan promosi kesehatan yang efektif agar program tersebut dapat terealisasikan serta dengan mempertimbangkan khalayak sasaran, pesan yang disampaikan, dan media yang tepat. Meningkatkan partisipasi KB pria berarti merubah pengetahuan sikap dan perilaku dari yang sebelumnya tidak atau belum mendukung KB pria menjadi mendukung dan mempraktekkannya sebagai peserta. Masyarakat yang tadinya menganggap bahwa

KB adalah urusan perempuan harus bergeser ke arah anggapan bahwa KB adalah urusan serta tanggung jawab suami dan isteri.

Dengan demikian partisipasi pria dalam ber KB dan kesehatan reproduksi pada akhirnya diharapkan dapat memungkinkan untuk setiap keluarga menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera. Dengan peningkatan partisipasi pria diharapkan akan mampu mendorong peningkatan kualitas pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi, peningkatan kesetaraan dan keadilan gender, peningkatan penghargaan terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) dan berpengaruh positif dalam mempercepat penurunan angka kelahiran total (TFR), penurunan angka kematian ibu (AKI/MMR) dan penurunan angka kematian bayi (AKB/IMR)

B. RUMUSAN MASALAH

“Bagaimana Promosi Kesehatan Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana (BPMPDPKB) pada Program Peningkatan Partisipasi Pria dalam ber-KB melalui Medis Operatif Pria (MOP) di Kabupaten Kulonprogo Tahun 2011-2013?”.

C. TUJUAN PENELITIAN

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

Untuk mendeskripsikan gambaran tentang promosi kesehatan Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana (BPMPDPKB) pada program peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB melalui Medis Operatif Pria (MOP) di Kabupaten Kulon Progo tahun 2011-2013.

D. MANFAAT PENELITIAN

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan atau wawasan dalam bidang kajian promosi kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. BPMPDPKB Kabupaten Kulonprogo

Penelitian ini diharapkan dapat berguna dan bermanfaat bagi Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana (BPMPDPKB) Kabupaten Kulonprogo sebagai masukan dalam pelaksanaan promosi kesehatan khususnya untuk meningkatkan partisipasi pria dalam ber-KB melalui Medis Operatif Pria (MOP) di Kabupaten Kulonprogo.

b. Akseptor PB KB Pria

Penelitian ini diharapkan dapat berguna dan bermanfaat bagi akseptor PB KB pria mengenai Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Medis Operatif Pria (MOP) sebagai alternatif pilihan kontrasepsi.

E. KERANGKA TEORI

I. Promosi Kesehatan

Berbagai upaya yang dilakukan BPMPDPKB Kulonprogo dalam rangka meningkatkan partisipasi pria dalam ber-KB melalui MOP pada dasarnya merupakan propaganda. Dalam bidang kesehatan istilah ini disebut sebagai promosi kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memberikan batasan mengenai: kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun social, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, kesehatan mencakup 4 aspek, yakni: fisik (badan), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi (Notoatmodjo, 2010:2). Hal ini berarti, kesehatan seseorang tidak hanya

diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi.

Menurut Blum (1974) dalam bukunya Soekidjo Notoatmodjo (2010:19) menyatakan, secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dikelompokkan menjadi 4 (empat):

- a. Lingkungan (*environment*), yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
- b. Perilaku (*behavior*),
- c. Pelayanan Kesehatan (*health services*),
- d. Keturunan (*heredity*).

Maka, dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, hendaknya intervensi juga diarahkan kepada empat faktor tersebut. Intervensi terhadap faktor lingkungan fisik dalam bentuk perbaikan sanitasi lingkungan, sedangkan intervensi terhadap lingkungan sosial, budaya, politik dan ekonomi, dalam bentuk program-program peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan politik dan keamanan. Intervensi terhadap faktor pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk penyediaan dan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan, perbaikan sistem dan manajemen pelayanan kesehatan. Sedangkan intervensi terhadap faktor keturunan antara lain penasihatan (*counseling*) perkawinan, dan penyuluhan kesehatan. Promosi kesehatan merupakan bentuk intervensi terhadap faktor perilaku, dan faktor ketiga yang lain juga memerlukan intervensi promosi kesehatan.

Definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai 2 (dua) pengertian (Notoatmodjo, 2010:22):

- a. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level dan Clark, mengatakan ada 4 (empat) tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni:
- 1.) *Health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan).
 - 2.) *Specific protektion* (perlindungan khusus melalui imunisasi).
 - 3.) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera).
 - 4.) *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan).
 - 5.) *Rehabilitation* (pemulihan).
- b. Pengertian promosi kesehatan yang kedua diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan” pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat.

Menurut Lawrence Green promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmojo, 2010:24).

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya untuk memotivasi, mendorong, dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat agar mereka

mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Menurut WHO promosi kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki, kesehatan mereka (Elwes dan Simnett, 1994:29).

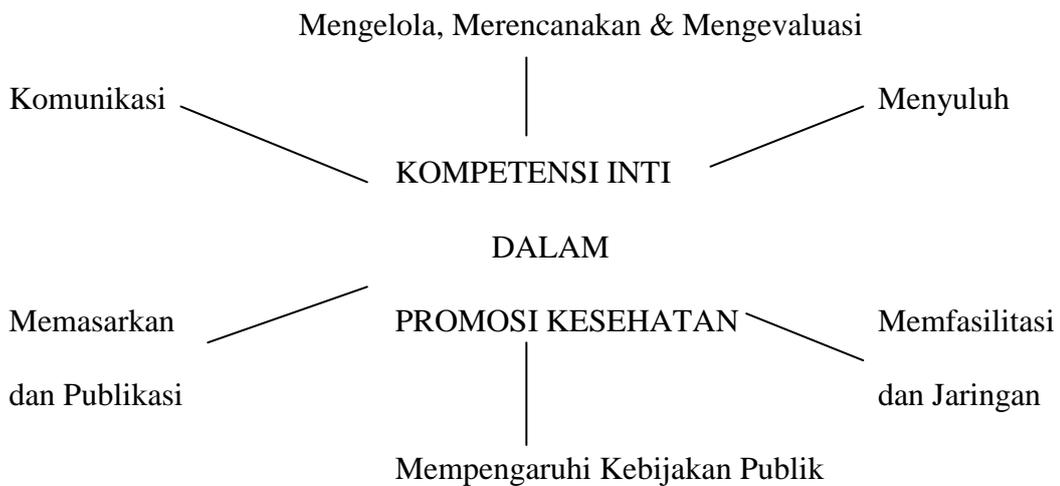
Hal ini berarti promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perbaikan yang berupa perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Berdasarkan Piagam Ottawa sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada yang dikutip oleh Heri D.J Maulana (2009:19):

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental, and social well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspiration, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”.

Dari kutipan diatas promosi kesehatan dapat diartikan sebagai suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain promosi kesehatan merupakan upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Kemudian menurut *Australian Health Foundation* promosi kesehatan adalah *“health promotion is programs are designed to bring about “change” within people, organization, communities, and their environment”* (Notoatmojo, 2007:23). Dari definisi tersebut diketahui bahwa promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Promosi kesehatan adalah tentang orang, jadi kompetensi dalam berkomunikasi adalah penting dan mendasar. Kompetensi yang tinggi diperlukan dalam komunikasi satu per satu dan dalam bekerja dalam kelompok dengan beraneka cara, baik formal maupun yang tidak formal. Berikut ini adalah skema bidang kompetensi yang mendasar bagi kegiatan promosi kesehatan (Elwes dan Simnett, 1994:46).



Gambar 1. 1 Kompetensi Inti dalam Promosi Kesehatan

II. Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi adalah impian, cita-cita, atau harapan yang ingin dicapai oleh suatu kegiatan atau program. Visi promosi kesehatan tidak terlepas dari visi pembangunan kesehatan di Indonesia, seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009, yakni: “Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Sehingga visi promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Notoatmodjo, 2010:30).

Untuk mencapai visi promosi kesehatan, diperlukan upaya-upaya yang disebut sebagai misi. Berdasarkan Piagam Ottawa dalam buku “*Promosi Kesehatan-Teori dan Aplikasi*” karangan Soekidjo Notoatmojo (2010:31) ada tiga misi promosi kesehatan, yaitu:

- a. Advokat (*advocate*), tujuan dari kegiatan ini adalah meyakinkan para pejabat pembuat keputusan atau penentu kebijakan, bahwa program kesehatan yang akan dijalankan tersebut penting (*urgen*).
- b. Menjembatani (*mediate*), promosi kesehatan mempunyai misi untuk menjembatani sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Kemitraan sangat penting, karena tanpa itu sektor kesehatan tidak akan mampu menangani masalah kesehatan yang begitu kompleks.
- c. Memampukan (*enable*), baik secara langsung atau melalui tokoh-tokoh masyarakat, promosi kesehatan harus memberikan keterampilan-keterampilan kepada masyarakat agar dapat mandiri di bidang kesehatan.

III. Strategi Promosi Kesehatan

Guna mewujudkan visi dan misi tersebut secara efektif dan efisien serta berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan cara dan pendekatan yang disebut strategi. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari 3 hal (Notoatmodjo, 2010:32), yaitu:

- a. Advokasi (*advocacy*).

Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program

kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan biasanya berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya.

Sedangkan menurut Efendi dan Makhfudli, advokasi yaitu pendekatan pimpinan dengan tujuan untuk mengembangkan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan antara lain pendekatan perorangan. Contoh dari pendekatan tersebut seperti melalui lobi, dialog, negosiasi, debat, petisi, mobilisasi, seminar, dan lain-lain. Hasil yang diharapkan adalah kebijakan dan peraturan-peraturanyang mendukung untuk mempengaruhi terciptanya PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), serta adanya dukungan dana dan sumber daya lainnya (2009:114).

b. Dukungan sosial (*social suport*).

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat, baik formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah sebagai jembatan antara sektor kesehatan (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program kesehatan), sehingga masyarakat mau menerima dan berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut. Bentuk kegiatannya antara lain adalah pelatihan kepada para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, dan sebagainya.

Efendi dan Makhfudli menyebut hal ini sebagai bina suasana, yaitu penciptaan situasi yang kondusif untuk memberdayakan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). PHBS dapat tercipta dan berkembang jika lingkungan

mendukung hal ini. Dalam konteks ini lingkungan mencakup lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik (2009:115).

c. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

Tujuan utama dari pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat antara lain: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian, dan pengembangan masyarakat.

Sedangkan menurut Efendi dan Makhfudli, pemberdayaan masyarakat diartikan sebagai gerakan dari, oleh, dan untuk masyarakat mengenali dan memelihara masalah kesehatan sendiri, serta untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya (2009:115).

Berdasarkan Piagam Ottawa dalam buku "*Promosi Kesehatan-Teori dan Aplikasi*" karangan Soekidjo Notoatmodjo (2010:34-35) strategi promosi mencakup 5 butir, yaitu:

a. Kebijakan Berwawasan Kebijakan (*Healthy Public Policy*)

Suatu strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan, agar mereka mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan.

b. Lingkungan yang Mendukung (*Supportive Environment*)

Strategi ini ditujukan pada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar menyediakan sarana-prasarana yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat.

c. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Services*)

Para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan, memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

d. Keterampilan Individu (*Personnel Skill*)

Memberikan pemahaman-pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, dan lain-lain.

e. Gerakan Masyarakat (*Community Action*)

Di dalam masyarakat harus ada gerakan atau kegiatan-kegiatan untuk kesehatan guna mendukung visi dan misi promosi kesehatan

IV. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah cara dan alat yang digunakan oleh pelaku promosi kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan atau mentransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran atau masyarakat. Secara garis besar, metode dibagi menjadi dua yaitu didaktif dan metode sokratik (Maulana, 2009:161). Metode didaktif merupakan metode yang menggunakan komunikasi satu arah (*one-way-communication*). Oleh sebab itu, dalam metode ini tidak memungkinkan terjadinya pertukaran pendapat dan atau mengajukan pertanyaan kepada komunikator. Contoh dari metode ini adalah ceramah, film, siaran radio, berita televisi, dan sebagainya.

Sedangkan metode sokratik merupakan metode yang menggunakan komunikasi dua arah (*two-way-communication*), sehingga dalam metode ini

memungkinkan terjadinya tukar pendapat dan terdapat interaksi didalamnya. Contoh dari metode ini adalah diskusi kelompok, forum, seminar, dan sebagainya.

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2010:40-41) berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 (tiga), yaitu:

- a. Metode promosi kesehatan individual (perorangan dan keluarga) Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi secara langsung. Metode dan teknik promosi kesehatan individual yang sering digunakan adalah "*counseling*". Penerapan metode ini dengan melakukan pendekatan berupa bimbingan, penyuluhan dan wawancara. PLKB biasanya akan melakukan metode promosi individual ketika ada masyarakat yang meminta langsung pada PLKB tersebut agar memberikan penyuluhan atau bimbingan mengenai program KB.
- b. Metode promosi kesehatan kelompok terdapat dua macam yaitu, kelompok besar (*large group*) yang terdiri antara 15-50 orang dan kelompok kecil (*small group*) yang terdiri antara 6-15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah ceramah dan seminar, sedangkan untuk kelompok kecil yaitu diskusi kelompok dan curah pendapat. Metode ini merupakan metode yang tepat untuk mengkomunikasikan program-program KB. Namun, perlu diperhatikan juga mengenai ketersampaian pesan kepada masyarakat sebagai penerima pesan. Oleh karenanya, komunikator harus memperhatikan apakah pesan yang disampaikan kepada komunikan diterima dengan baik.
- c. Metode promosi kesehatan massa. Metode ini mengkomunikasikan pesan-pesan tentang kesehatan kepada masyarakat yang sifatnya massal atau publik. Sehingga cara atau pendekatan massa/publik pula. Merancang metode promosi

kesehatan massa adalah metode yang paling sulit. Sasaran publik yang heterogen berpengaruh terhadap cara merespons, cara mempersepsikan dan pemahaman terhadap pesan-pesan kesehatan. Padahal pesan-pesan kesehatan dirancang dengan metode, teknik, dan isi yang sama. Contoh dari metode dan teknik promosi kesehatan untuk massa yaitu ceramah umum (*public speaking*), penggunaan media massa elektronik, penggunaan media cetak, dan penggunaan media luar ruang.

V. Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator baik itu melalui media cetak, elektronika, dan media papan, sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya dengan harapan dapat merubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut, sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif.

Dalam memilih media yang perlu diperhatikan adalah pemilihan media didasarkan pada selera khalayak sasaran, bukan pada selera pengelola program dan media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas. Dalam media cetak, media yang digunakan yaitu *booklet*, *leaflet*, *flyer*, *flipchart* (lembar balik), surat kabar, majalah, tabloid, jurnal, poster, foto. Kemudian dalam media elektronik, media yang digunakan adalah televisi, radio, video, film strip, ICT. Dan pada media media papan, yang digunakan adalah billboard (FIP-UPI, 2007:293).

Media promosi kesehatan yang baik yaitu media yang mampu memberikan informasi kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan informasi yang disampaikan. Setiap bentuk media tersebut memiliki karakteristik masing-masing termasuk keunggulan dan kelemahannya, sehingga pemilihan media promosi kesehatan yang tepat merupakan syarat mutlak sehingga pesan dapat diterima oleh penerima pesan. Asim Saha menyatakan bahwa dalam promosi kesehatan, model pendekatan komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden. Metode ceramah, diskusi, lebih disukai oleh kelompok dengan latar belakang pendidikan yang cukup, sedang metode dengan media hiburan lebih disukai oleh kelompok dengan latar belakang pendidikan yang lebih rendah (FIP-UPI, 2007:293).

Untuk itu diperlukan langkah-langkah dalam merancang pengembangan media promosi kesehatan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010:294-296):

- a. Menetapkan tujuan yaitu suatu tujuan yang akan dicapai harus realistis, jelas dan dapat diukur, apa yang akan diukur, siapa sasaran yang akan diukur, seberapa banyak perubahan akan diukur dan berapa lama serta dimana pengukuran dilakukan. Penetapan tujuan merupakan dasar untuk merancang media promosi kesehatan dan merancang evaluasi.
- b. Menetapkan segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya adalah memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya dan memberikan kepuasan pada masing-masing segmen sesuai dengan data

karakteristik perilaku khalayak sasaran, epidemiologi, demografi, geografi, dan psikologi.

- c. Mengembangkan *positioning* pesan. *Positioning* adalah suatu proses atau upaya untuk menetapkan suatu produk perusahaan, individu atau apa saja dalam alam pikiran mereka yang dianggap sebagai sasaran atau konsumennya. *Positioning* bukan sesuatu yang dilakukan terhadap produk, melainkan sesuatu yang dilakukan terhadap otak calon khalayak sasaran. Hal ini bukan strategi produk tetapi strategi komunikasi. *Positioning* dilakukan dalam rangka membentuk citra.
- d. Menentukan strategi *positioning* dalam rangka mengidentifikasi persepsi konsumen, menganalisis preferensi khalayak sasaran, Identifikasi para pesaing, mengetahui posisi pesaing, menentukan posisi merek produk sendiri, dan mengikuti perkembangan posisi.
- e. Memilih media promosi kesehatan. Hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih media adalah: harus didasarkan pada selera khalayak sasaran, harus memberikan dampak yang luas. Setiap media akan memberikan peranan yang berbeda-beda. Penggunaan beberapa media secara serempak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi dan efektifitas pesan.

VI. Perencanaan dan Pendekatan Promosi Kesehatan

Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu proses diagnosis penyebab masalah, penetapan prioritas masalah, dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan. Perencanaan promosi kesehatan harus menggambarkan karakteristik sasaran, partisipasi masyarakat terhadap program, perilaku kesehatan masyarakat, penetapan pelaksanaan promosi kesehatan yang direncanakan, antisipasi reaksi dari

para profesional kesehatan lainnya, dan perubahan perilaku akibat promosi kesehatan.

a. Perencanaan Promosi Kesehatan Sebagai Suatu Proses

Perencanaan merupakan bagian dari siklus administrasi yang terdiri dari tiga fase yang akan mempengaruhi hasil, yaitu: 1) Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu fase di mana secara rinci direncanakan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang muncul 2) implementasi adalah suatu waktu di mana perencanaan dilaksanakan. Kesalahan-kesalahan selama membuat perencanaan akan terlihat selama proses implementasi, demikian juga dengan kekuatan dan kelemahan yang muncul selama periode implementasi merupakan refleksi dari proses perencanaan 3) fase evaluasi adalah suatu masa di mana dilakukan pengukuran hasil (outcome) dari promosi kesehatan. Evaluasi diperlukan untuk pemantauan *efficacy* dari promosi kesehatan dan sebagai alat bantu untuk membuat perencanaan selanjutnya (Notoatmodjo, 2010:299).

b. Langkah-langkah Dalam Perencanaan Promosi Kesehatan (Notoatmodjo, 2010:300-310).

1) Menentukan Kebutuhan Promosi Kesehatan:

- i. Diagnosis masalah
- ii. Menetapkan prioritas masalah

Langkah yang harus di tempuh untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan adalah:

- Menentukan status kesehatan masyarakat.
- Menentukan pola pelayanan kesehatan masyarakat yang ada.
- Menentukan hubungan antara status kesehatan dengan pelayanan kesehatan di masyarakat.

- Menentukan determinan masalah kesehatan masyarakat (tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, ras, kebiasaan dan kepercayaan yang dianut).

2) Mengembangkan komponen promosi kesehatan:

i. Menentukan Tujuan Promosi Kesehatan

Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai tiga hal, yaitu: peningkatan pengetahuan dan atau sikap masyarakat, peningkatan perilaku masyarakat, yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat.

ii. Menentukan Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dan sasaran pendidikan kesehatan tidak selalu sama, harus ditetapkan sasaran langsung dan sasaran tidak langsung.

iii. Menentukan Isi Promosi Kesehatan

Isi promosi kesehatan harus dibuat sesederhana mungkin, bila perlu dibuat dengan menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga mudah dipahami sasaran.

iv. Menentukan Metode Promosi Kesehatan

Dalam menentukan metode pendidikan kesehatan, harus dipertimbangkan tentang aspek yang akan dicapai dengan mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki masyarakat dan jenis sarannya.

v. Menentukan Media Promosi Kesehatan

Media yang dipilih harus tergantung pada jenis sarannya, tingkat pendidikan sasaran, aspek yang ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumber daya yang ada.

vi. Menyusun Rencana Evaluasi

Dijabarkan tentang kapan, dimana, dan kelompok sasaran mana yang akan dievaluasi serta siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.

vii. Menyusun Jadwal Pelaksanaan

Merupakan penjabaran dari waktu, tempat dan pelaksanaan.

Pendekatan yang digunakan oleh profesi kesehatan dapat berdampak positif/negatif pada sikap individu. Pilihan pendekatan banyak ditentukan oleh interpretasi pribadi dan pemahaman sikap terhadap promosi kesehatan. Berikut adalah lima pendekatan bagi promosi kesehatan, dan menunjukkan nilai-nilai yang melekat pada masing-masing pendekatan-pendekatan (Elwes dan Simnett, 1994:55):

- a. Pendekatan Medik (preventif): tujuan dari pendekatan ini adalah kebebasan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik. Pendekatan ini melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin menggunakan metode persuasif maupun paternalistik. Arti penting dari pendekatan ini adalah tindakan pencegahan medik, dan tanggung jawab profesi kedokteran untuk membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.
- b. Pendekatan Edukasional: tujuan dari pendekatan ini adalah memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perihal kesehatan, dan membuat mungkin keputusan ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Informasi tentang kesehatan disajikan, dan orang dibantu untuk menggali nilai dan sikap, dan membuat keputusan mereka sendiri.
- c. Pendekatan Berpusat pada Klien: tujuan dari pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin

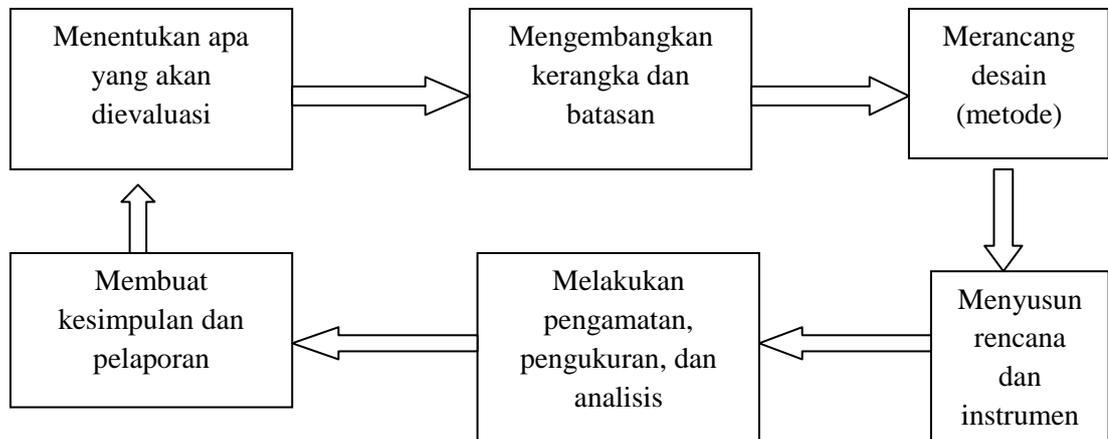
mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai dengan kepentingan dan nilai mereka. Peran promotor kesehatan adalah bertindak sebagai fasilitator, membantu orang mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan.

- d. Pendekatan Perubahan Sosial: tujuan dari pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi, supaya dapat membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Intinya adalah mengubah masyarakat bukan mengubah perilaku individu-individunya. Fokus tidak merubah perilaku individu tetapi pada pengaruh positif kesehatan masyarakat.
- e. Pendekatan Perubahan Perilaku: tujuan dari pendekatan ini adalah mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat, sehingga mereka mengambil gaya hidup 'sehat' seperti yang didefinisikan oleh promotor kesehatan. Pendekatan ini membuat masyarakat bebas membuat pilihan tentang perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Pendekatan ini sesuai dengan promosi kesehatan yang bertujuan untuk mengubah atau mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan masyarakat.

VII. Evaluasi Promosi Kesehatan

Evaluasi adalah proses menilai apa yang telah dicapai dan bagaimana itu telah dicapai (Elwes dan Simnett, 1994:149). Itu berarti melihat secara kritis pada kegiatan atau program, membuat penilaian apa yang baik dan apa yang buruk dengannya, dan bagaimana program itu dapat diperbaiki. Evaluasi promosi kesehatan merupakan suatu yang harus dilakukan di setiap upaya promosi kesehatan, karena disamping bagian integral upaya itu sendiri, juga perlu untuk

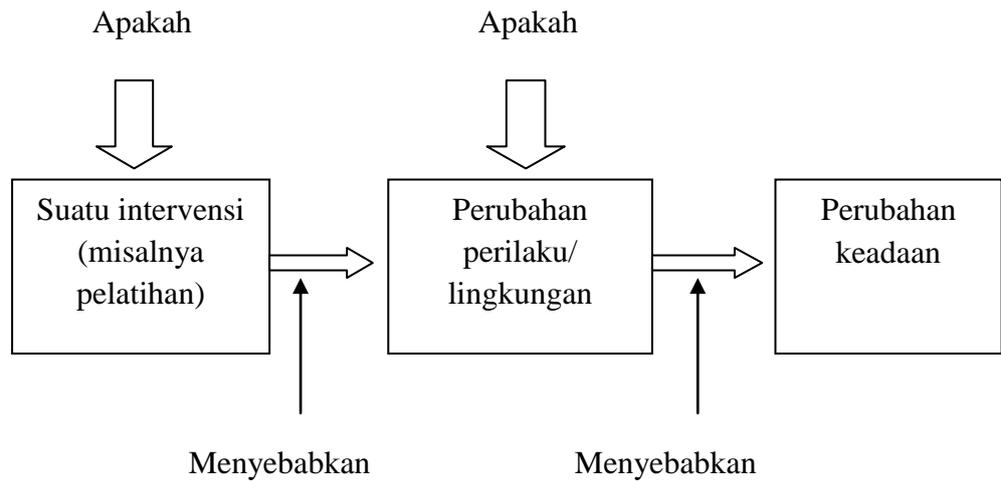
kesinambungan upaya tersebut. Pada promosi kesehatan, indikator dan parameternya dapat berubah tergantung pada kegiatan yang dievaluasi dan tahapan evaluasinya serta tergantung pada pengaruh lingkungan (budaya).



Gambar 1.2 Daur Evaluasi

Dari gambar daur evaluasi diatas, keenam langkah evaluasi tersebut dapat dipadatkan menjadi 2 (dua) langkah terpenting yaitu:

- a. Menetapkan apa (fokus) yang akan dievaluasi. Ada beberapa cara menentukan fokus evaluasi, tetapi yang paling penting dan paling sederhana adalah dengan membahas dan membuat kesepakatan dengan pihak yang meminta evaluasi. Cara yang praktis ialah dengan membuat suatu proses yang runtut, sebagaimana yang dipakai oleh Carol Weiss (1972) dengan membuat penentuan berdasarkan logika.



Gambar 1.3 Langkah Menentukan Fokus Evaluasi

b. Merancang metode (cara) melaksanakannya. Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan bentuk desain evaluasi, yaitu: historikal, deskriptif, studi perkembangan, studi kasus, studi korelasional, studi sebab akibat, eksperimen murni, eksperimen semu, riset aksi.

Pada prinsipnya, evaluasi promosi kesehatan sama dengan evaluasi kesehatan lainnya, karakteristiknya memakai indikator epidemiologik sebagai indikator dampak seperti upaya kesehatan lainnya, dalam mengukur efek, lebih menggunakan indikator perilaku.

Untuk mengetahui indikator-indikator yang mencerminkan masalah kesehatan, dilakukan apa yang disebut diagnosis (*asesmen*) perilaku. Setelah sebelumnya dilakukan diagnosis epidemiologis yang sebenarnya adalah upaya mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada. Apabila berhasil mengidentifikasi masalah perilaku yang akan ditangani, maka masih diperlukan lagi suatu *asesmen* (diagnosis) ulang yaitu diagnosis administratif, yang berkaitan akan kelaiklaksanaan (*feasibilitas*) upaya perilaku yang akan dilakukan, sebagai konfirmasi dan sebagai jaminan akan pelaksanaan dan keberlangsungan upaya. Setelah mengetahui indikator yang tepat, maka selanjutnya ialah mencari

parameter. Parameter ini berupa satuan pengukuran yang berbeda untuk setiap indikatornya.

Diagnosis Epidemiologi	Diagnosis Perilaku	Diagnosis Administrasi
Suatu kegiatan untuk mengidentifikasi masalah atau status kesehatan masyarakat.	Suatu kegiatan untuk mengidentifikasi perilaku yang mempengaruhi masalah atau status kesehatan masyarakat.	Suatu kegiatan untuk mengidentifikasi faktor pemungkin upaya penanggulangan masalah kesehatan yang dipengaruhi dan atau mempunyai aspek perilakunya.
Melakukan pengamatan dan atau pengukuran epidemiologi.	Merupakan proses dengan melakukan pengamatan dan atau pengukuran perilaku.	Merupakan proses dengan melakukan pengamatan dan atau pengukuran.
Caranya dengan mengolah data sekunder yang berasal dari laporan atau <i>surveillance</i> (penelitian khusus)	Karena data sekunder jarang tersedia, selalu diperlukan data dari penelitian (<i>asesmen</i>) khusus.	Caranya dengan mengolah data sekunder yang berasal dari aspek legal, kebijakan, alokasi sumber daya dan potensi dukungan infrastruktur pemerintah maupun masyarakat, atau dengan melakukan penelitian khusus.

Tabel 1.1
Perbedaan Diagnosis Epidemiologik, Perilaku, dan Administratif dalam Promosi Kesehatan

Kegiatan	Cara	Ukuran	Indikator	Parameter
D/Epidemiologi	Pengamatan, Surveillance, Penelitian	Ratio, Proporsi	Angka kematian, Kesakitan	Nilai Ideal, Optimal
D/Perilaku	Pengamatan, Studi Khusus (penelitian)	Ordinal, Proporsi	Tingkat perilaku	Ideal, Optimal
D/Administratif	Pengamatan, Studi data sekunder	Kategorikal, Perkembangan	Eksistensi, Perubahan	Faktual, Prospek

Tabel 1.2 Kegiatan, Cara, dan Ukuran Masalah Kesehatan dan Perilaku Kesehatan

F. METODOLOGI PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, Bogdan dan Taylor mendefinisikan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati Lexy J. Moelong (2000:3). Sedangkan menurut Kirk dan Miller penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengetahuan pada pengamatan pada manusia dalam kawasannya sendiri dan berhubungan dengan orang-orang tersebut dalam bahasanya dan dalam suatu keutuhan (Moelong, 2000:3). Pendekatan kualitatif digunakan untuk menggali lebih dalam faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi pria dalam KB dan untuk membahas faktor nilai-nilai sosial budaya yang berhubungan dengan partisipasi KB pria

Kemudian kegiatan penelitian ini adalah mendeskripsikan secara intensif dan terperinci tentang gejala dan fenomena yang diteliti yaitu mengenai masalah yang berkaitan dengan strategi promosi kesehatan BPMPDPKB pada peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB melalui MOP di Kulon Progo. Maka, penelitian ini dikategorikan kedalam penelitian studi kasus (*case study*), karena penelitian ini ditujukan untuk dapat mengetahui secara mendalam tentang suatu aspek lingkungan sosial termasuk manusia didalamnya (Nasution, 2001:24). Studi kasus juga memiliki beberapa kelebihan, salahsatunya adalah kemampuan studi kasus untuk berhubungan sepenuhnya dengan berbagai jenis bukti seperti dokumen, wawancara, observasi, dan lain sebagainya (Yin, 2000:12).

Tujuan dari penelitian deskriptif yaitu untuk membuat perencanaan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat populasi atau daerah tertentu (Suryabrata, 1998:18). Penelitian deskriptif juga bertujuan untuk mendeskripsikan, mencatat, menganalisa, dan menginterpretasikan.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Kulon Progo di Jalan Sugiman, Watulunyu Wates Yogyakarta Telp (0274) 773091, 773404.

3. Informan Penelitian

Informan adalah seseorang yang benar-benar mengetahui suatu persoalan atau permasalahan tertentu yang darinya dapat diperoleh informasi yang jelas, akurat, dan terpercaya baik berupa pernyataan, keterangan, atau data-data yang dapat membantu dalam memahami persoalan atau permasalahan tersebut. Dalam

penelitian ini, teknik pengambilan informan yang digunakan peneliti yaitu dengan *purposive sampling*, dimana peneliti cenderung memilih informan yang memenuhi kriteria-kriteria tertentu dan dianggap mengetahui kondisi pada lokasi penelitiandan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang akurat serta mengetahui masalahnya secara mendalam (Nasution, 2007:95).

Teknik sampel purposif tersebut relevan dengan persyaratan pada penelitian kualitatif yang di dalamnya tidak terdapat sampel acak namun sampel bertujuan (sampel purposive). Sampel bertujuan adalah sampel yang diambil berdasarkan adanya tujuan dan biasanya diambil berdasarkan beberapa pertimbangan (keterbatasan waktu, tenaga, dan biaya) karena tidak bisa mengambil sampel yang luas. Dalam penelitian ini, yang menjadi informan adalah :

1. Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana (BPMPDPKB)
 - a.) Kasubbid. Pelayanan KB dan KKRR
 - b.) Koordinator Penyuluh KB
 - c.) Penyuluh Lapangan KB (PLKB) yang mewakili 12 kecamatan di Kulon Progo.

Alasan pengambilan informan tersebut karena PLKB merupakan ujung tombak pengelolaan program KB di lini lapangan. Dalam hal ketersediaan informasi dan pengetahuan tentang strategi promosi kesehatan mengenai KB pria melalui MOP, pihak-pihak tersebut merupakan pihak yang kompeten dan memiliki kredibilitas di bidangnya.

2. Masyarakat Kabupaten Kulonprogo yang mencakup: pasangan suami istri (pasutri) selaku pengguna program tersebut. Kriteria informan (pasutri) pria

antara lain: yang sudah memiliki 2 anak, pria menikah yang telah mengikuti program KB MOP, pria yang mengikuti forum kelompok KB pria, pria direntang usia 35-50 tahun.

4. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pengadaan data primer untuk keperluan penelitian (Nazir, 2003:174). Dalam penelitian ini digunakan beberapa teknik pengumpulan data, yaitu:

a. Wawancara mendalam (*indepth interviews*)

Wawancara mendalam adalah teknik pengumpulan data yang didasarkan pada percakapan secara intensif dengan suatu tujuan tertentu. Wawancara dilakukan untuk mendapat berbagai informasi menyangkut masalah yang diajukan dalam penelitian. Percakapan dalam wawancara dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong, 2000:135).

Dalam pelaksanaan wawancara, digunakan 2 (dua) teknik wawancara yaitu, *interview* terikat yang dilaksanakan dengan menggunakan alat bantu (instrument pengumpulan data) berupa acer-ancer pertanyaan yang akan ditanyakan sebagai catatan serta alat tulis untuk menuliskan jawaban yang diterima atau biasa disebut sebagai *interview guide* (Arikunto, 1998:137).

Teknik *interview* yang kedua yaitu, *in guide intervie* (*interview* bebas atau serta-merta) dengan mengingat akan korelasi pertanyaan dan data yang akan dikumpulkan. Dalam teknik wawancara ini, peneliti tidak membawa acer-ancer apa yang akan ditanyakan. Sehingga responden tidak menyadari sepenuhnya bahwa ia sedang diwawancarai (Arikunto, 1998:145). Penggunaan kedua teknik wawancara ini diharapkan agar keduanya dapat saling melengkapi satu sama lain.

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dapat mendukung dan menambah bukti. Dokumentasi berasal dari dokumen yang berarti barang-barang tertulis. Di dalam melaksanakan metode dokumentasi ini, peneliti menyelidiki benda-benda tertulis seperti buku-buku, majalah, dokumen/ arsip, peraturan-peraturan, notulen rapat, catatan harian, kliping dan artikel-artikel yang muncul di media massa (Yin, 2000:104).

Sumber-sumber diatas, seperti arsip, kliping, artikel, dll diambil berdasarkan kesamaan tema dengan penelitian yang peneliti ambil. Pada penelitian ini beberapa artikel-artikel atau kliping yang di jadikan data, lebih bertema tentang isu-isu tentang kesehatan reproduksi pada pria serta peran serta pria dalam ber-KB.

5. Analisis Data

Menurut Lexy J. Maleong (2005: 103), analisis data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Menurut Miles dan Huberman menyatakan bahwa terdapat dua model pokok dalam melaksanakan analisis di dalam penelitian kualitatif, yaitu model analisis jalinan dan model analisis interaktif (Sutopo, 2002:94). Dalam penelitian ini, penulis menggunakan model analisis interaktif. Dalam bentuk ini, peneliti tetap melakukan proses reduksi data, sajian data, dan penarikan simpulan dengan verifikasi saat proses pengumpulan data, selama proses pengumpulan data berlangsung. Setelah pengumpulan data berakhir, peneliti kemudian melanjutkan proses reduksi data, sajian data, dan penarikan simpulan dengan verifikasi.

6. Uji Validitas Data

Agar data yang diperoleh memiliki keabsahan yang dapat dipercaya validitasnya, maka dibutuhkan suatu teknik. Pada penelitian ini, teknik yang dilakukan dalam uji validitas data yaitu dengan teknik triangulasi. Menurut Moelong (2000:178) triangulasi adalah teknik pemeriksa keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Selain itu teknik ini juga digunakan untuk menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Menurut Denzin dalam Moelong (2000:178) triangulasi dibedakan menjadi empat macam sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori.

Dalam penelitian ini penulis menggunakan sumber sebagai teknik triangulasi. Menurut Patton dalam Lexy J. Moelong (2000:178) triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Hal tersebut dapat dicapai dengan jalan:

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berda, orang pemerintahan.
- e. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

7. Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Pada pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka teori, dan metode penelitian.

BAB II GAMBARAN UMUM INSTANSI

Pada bagian ini peneliti akan menggambarkan gambaran umum Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Kulonprogo, mulai dari profil, visi misi, kebijakan, program kerja, kegiatan, struktur organisasi.

BAB III PENYAJIAN DATA DAN PEMBAHASAN

Dalam bab III peneliti akan menyampaikan hasil penelitian tentang promosi kesehatan yang dilakukan oleh Badan Pemberdayaan Masyarakat Pemerintahan Desa Perempuan dan Keluarga Berencana (BPMPDPKB) pada program peningkatan partisipasi pria dalam ber-Keluarga Berencana (KB) melalui Medis Operatif Pria (MOP) di Kulon Progo.

BAB IV PENUTUP

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN