

MASYARAKAT SEHAT, MASYARAKAT BERDAYA UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM BIDANG KESEHATAN

by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Submission date: 26-Dec-2023 09:20PM (UTC+0800)

Submission ID: 2264900983

File name: YARAKAT_BERDAYA_UPAYA_PEMBERDAYAAN_DALAM_BIDANG_KESEHATANn-2.pdf (2.63M)

Word count: 49912

Character count: 349407



MASYARAKAT SEHAT, MASYARAKAT BERDAYA UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM BIDANG KESEHATAN

Iseu Siti Aisyah, Ni Made Padma Batiari,
Rosdiana, Syurrahmi, Sri Indra Kurnia, Marni,
Ice Marini, Risna Nurlia, Utami, Sintha Lisa
Purimahua, Diah Wardani

**MASYARAKAT SEHAT, MASYARAKAT
BERDAYA UPAYA PEMBERDAYAAN
DALAM BIDANG KESEHATAN**

**Iseu Siti Aisyah
Ni Made Padma Batiari
Rosdiana
Syurrahmi
Sri Indra Kurnia
Marni
Ice Marini
Risna Nurlia
Utami
Sintha Lisa Purimahua
Diah Wardani**



GET PRESS INDONESIA

MASYARAKAT SEHAT, MASYARAKAT BERDAYA UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM BIDANG KESEHATAN

Penulis :

Iseu Siti Aisyah
Ni Made Padma Batiari
Rosdiana
Syurrahmi
Sri Indra Kurnia
Marni
Ice Marini
Risna Nurlia
Utami
Sintha Lisa Purimahua
Diah Wardani

164

ISBN : 978-623-198-817-1

8 Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr. Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Masyarakat Sehat, Masyarakat Berdaya Upaya Pemberdayaan Dalam Bidang Kesehatan ini.

Buku ini membahas

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 KONSEP MASYARAKAT SEHAT	1
1.1 Konsep Sehat	1
1.2 Pengertian Masyarakat	2
1.3 Mewujudkan Masyarakat Sehat	3
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Unsur Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan ..	14
2.3 Model Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan	16
DAFTAR PUSTAKA	37
BAB 3 PERAN PEMERINTAH DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT	39
3.1 Pendahuluan	39
3.2 Konsep Dasar Peranan Pemerintah Dalam Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	40
3.3 Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Sebagai Proses	43
3.4 Pemberdayaan Kesehatan Sebagai Proses Melibatkan Partisipasi Masyarakat	46
DAFTAR PUSTAKA	52
BAB 4 PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT	55
4.1 Pendahuluan	55
4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	56
4.2.1 Perubahan perilaku menjadi sehat	57
4.2.2 Budaya mempengaruhi perubahan perilaku	57
4.3 Pendidikan kesehatan memiliki ruang lingkup	57

4.3.1 Dimensi Pengukuran sasaran	57
4.3.2 Dimensi lokasi pelaksanaan	58
4.3.3 Elemen tingkat pelayanan kesehatan	58
4.3.4 Dimensi tempat pelaksanaan	59
4.3.5 Dimensi tingkat pelayanan kesehatan	60
4.4 Upaya pendidikan kesehatan	60
4.4.1 Pedoman pendidikan kesehatan	60
4.5 Strategi Pendidikan Kesehatan	62
4.5.1 Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan	63
4.5.2 Penilaian Keberhasilan demonstrasi	64
4.6 Metode Pendidikan Kesehatan	64
4.6.1 Metode pendidikan kesehatan	64
4.6.3 Pendidikan kesehatan melalui media	65
4.7 Proses Pendidikan Kesehatan	76
4.7.1 Persoalan masukan (input)	76
4.7.2 Persoalan proses belajar	76
4.7.3 Persoalan keluaran (output)	77
4.8 Pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor	78
4.8.1 Tingkat Pendidikan	78
4.8.2 Tingkat Sosial dan Ekonomi	78
4.8.3 Praktik-praktik lokal Masyarakat atau Adat istiadat	79
4.8.4 Kepercayaan Masyarakat	79
4.8.5 Ketersediaan waktu di lingkungan sekitar	79
DAFTAR PUSTAKA	81
BAB 5 PERAN TEKNOLOGI DALAM	
PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT	85
5.1 Pendahuluan	85
5.2 Inovasi Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan	86
5.2.1 <i>Artificial Intelligence</i> (AI)	86
5.2.2 Telemedisin dan Akses Kesehatan Jarak Jauh	86

5.2.3 Big Data dalam Pemodelan Penyebaran Penyakit.....	88
5.3 Teknologi Meningkatkan Partisipasi dan Keterlibatan Sosial dalam Mengakses Kesehatan.....	89
5.4 Tantangan Penggunaan Teknologi dalam Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	92
DAFTAR PUSTAKA.....	95
BAB 6 PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KESEHATAN.....	97
6.1 Pengertian Partisipasi Masyarakat	97
6.1.1 Konsep Dasar Partisipasi Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan	99
6.1.2 Perbedaan Antara Partisipasi Pasif Dan Partisipasi Aktif	102
6.2 Model-Model Partisipasi Masyarakat.....	108
6.2.1 Model Top-Down Vs. Model Bottom-Up Dalam Partisipasi Kesehatan	110
6.2.2 Model-Model Partisipasi Masyarakat Yang Telah Terbukti Efektif.....	111
6.3 Manfaat Partisipasi Masyarakat Dalam Kesehatan.....	114
6.3.1 Peningkatan Aksesibilitas Layanan Kesehatan.....	118
6.3.2 Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan.....	121
6.3.3 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengambilan Keputusan	127
6.4 Hambatan-Hambatan Terhadap Partisipasi Masyarakat.....	139
6.4.1 Bagaimana Mengatasi Hambatan-Hambatan Ini...	146
6.4.2 Stakeholder Dalam Partisipasi Masyarakat.....	147
6.4.3 Peran Pemerintah Dalam Mendukung Partisipasi Masyarakat	150
6.4.4 Peran Organisasi Non-Pemerintah (NGO), Sektor Swasta, Dan Akademisi	151

6.4.5 Langkah-Langkah Praktis untuk Melibatkan Masyarakat dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan	153
DAFTAR PUSTAKA.....	156
BAB 7 PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT.....	159
7.1 Perempuan dan Kesehatan.....	159
7.1.1 Perempuan.....	159
7.1.2 Kesehatan.....	159
7.1.3 Perempuan dan Kesehatan di Masa Kini	159
7.1.4 Perempuan dalam Undang-Undang Kesehatan	160
7.2 Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.....	161
7.3 Pemberdayaan Perempuan di Bidang Kesehatan Masyarakat	163
7.3.1 Pemberdayaan Perempuan.....	163
7.3.2 Pemberdayaan Perempuan dalam bidang kesehatan masyarakat.....	165
DAFTAR PUSTAKA.....	171
BAB 8 INISIATIF PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT DI BERBAGAI KONTEKS	173
8.1 Definisi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	173
8.2 Pentingnya Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat	175
8.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat	177
8.3.1 Sosial dan Budaya	177
8.3.2 Lingkungan Fisik.....	177
8.3.3 Aksesibilitas Layanan Kesehatan	178
8.3.4 Faktor Ekonomi.....	180
8.4 Pendekatan dan Strategi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	181
8.4.1 Pendidikan Kesehatan.....	181

8.4.2 Pengembangan Keterampilan dan Pengetahuan Masyarakat	181
8.4.3 Partisipasi Masyarakat Dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan.....	182
8.4.4 Kolaborasi dengan organisasi lokal dan internasional	182
8.5 Studi Kasus: Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat di Berbagai Konteks	184
8.5.1 Inisiatif di Negara Maju	184
8.5.2 Inisiatif di Negara Berkembang	185
8.5.3 Inisiatif di Daerah Perkotaan	186
8.5.4 Inisiatif di Daerah Pedesaan	187
8.6 Tantangan dan Hambatan dalam Implementasi Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	188
8.6.1 Keterbatasan Sumber Daya	188
8.6.2 Masalah Infrastruktur	188
8.6.3 Perbedaan Budaya dan Kepercayaan.....	189
8.6.4 Resistensi terhadap perubahan	190
8.7 Evaluasi dan Keberhasilan Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	190
8.7.1 Indikator Keberhasilan.....	190
8.7.2 Monitoring dan evaluasi program	192
8.7.3 Dampak Jangka Panjang.....	194
8.8 Kesimpulan	196
DAFTAR PUSTAKA.....	198
BAB 9 KEMITRAAN DENGAN ORGANISASI MASYARAKAT DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN	203
9.1 Pendahuluan.....	203
9.2 Konseptualisasi Pemberdayaan Kesehatan Melalui Kemitraan	204

9.2.1 Definisi pemberdayaan kesehatan dan perubahan paradigma dalam pendekatan perawatan kesehatan.....	205
9.2.2 Pentingnya memperluas cakupan pemberdayaan kesehatan melalui kolaborasi dengan organisasi masyarakat.....	206
9.3 Peran Organisasi Masyarakat dalam Pemberdayaan Kesehatan	207
9.3.1 Fungsi organisasi masyarakat sebagai perpanjangan tangan pelayanan kesehatan dan pendidikan kesehatan.....	208
9.3.2 Kemampuan organisasi masyarakat untuk merancang program kesehatan yang relevan dan kontekstual.....	209
9.4 Membangun Kolaborasi yang Efektif.....	210
9.4.1 Langkah-langkah untuk membangun kemitraan yang kuat antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat.....	211
9.4.2 Pentingnya komunikasi terbuka, saling pengertian, dan tujuan bersama dalam kemitraan	212
9.5 Pendidikan Kesehatan dan Kesadaran Masyarakat.....	213
9.6 Akses Universal dan Pemberdayaan Kesehatan.....	215
9.7 Keberlanjutan Program dan Dampak Jangka Panjang	215
9.8 Tantangan dan Peluang di Masa Depan.....	218
DAFTAR PUSTAKA.....	221
BAB 10 PENGUKURAN DAN EVALUASI	
PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	225
10.1 Pendahuluan.....	225
10.2 Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.....	227
10.3 Pengukuran Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	229

10.4 Pertimbangan dalam Pengukuran dan Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	229
10.5 Contoh Indikator Kinerja.....	232
10.6 Rekomendasi dan perbaikan.....	235
10.7 Contoh Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	236
10.8 Contoh Tujuan dan Sasaran Pemberdayaan Kesehatan di desa.....	277 237
DAFTAR PUSTAKA.....	239
BAB 11 TANTANGAN DAN PELUANG KESEHATAN DI MASA DEPAN	241
11.1 Tantangan Kesehatan di Masa Depan.....	241
207 2 Peluang Kesehatan di Masa Depan	246
DAFTAR PUSTAKA.....	251
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Contoh Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.....	35
Gambar 3.1. Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat.....	42
Gambar 3.2. Proses Perubahan Pada Manusia	45
Gambar 3.3. Tingkat Partisipasi.....	47
Gambar 3.4. Syarat Tumbu dan Berkembangnya Partisipasi.....	48
Gambar 3.5. Faktor-faktor Berpengaruh Terhadap Partisipasi	49

BAB 1

KONSEP MASYARAKAT SEHAT

Oleh Iseu Siti Aisyah

1.1 Konsep Sehat

Definisi kesehatan menurut (*World Health Organization, 2008*) mencakup suatu keadaan di mana seseorang bukan sekedar bebas oleh penyakit juga kekurangan, namun pula mencakup keseimbangan sesama fungsi fisik, mental, serta sosial. Dalam mengukur mutu hidup terkait melalui kesehatan, aspek ini mencakup tiga bidang fungsi: fisik, psikologis (kognitif serta emosional), serta sosial.

117 Menurut Krisna Triyono & K. Herdiyanto (2018), makna kesehatan menurut Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 termasuk "kondisi sehat, baik secara fisik, mental, agama, maupun sosial, supaya mengusahakan semua orang hidup produktif dari segi sosial serta ekonomi". Terdapat tiga bagian penting dengan berhubungan pada definisi kesehatan ini, yaitu kesehatan jasmani (fisik), kesehatan mental, dan kesehatan spiritual.

Sehat jasmani atau fisik merujuk pada kondisi tubuh yang bebas dari rasa sakit dan fungsi organ dalam tubuh yang normal. Sudut pandang lainnya menggambarkan bahwa sehat fisik merupakan kondisi di mana tubuh tidak mengalami gangguan, memungkinkan perkembangan mental dan sosial serta pelaksanaan kegiatan sepanjang hari dengan optimal.

Kesehatan mental mencakup keadaan yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, serta emosional dengan maksimal pada individu. Perspektif lain menjelaskan bahwa sehat mental adalah saat pikiran dan jiwa dapat berfungsi secara logis serta dapat dimengerti oleh orang lain.

Sehat spiritual mengacu pada kondisi di mana seseorang mengakui adanya Tuhan Yang Maha Esa serta melaksanakan nilai-nilai normatif pada masyarakat. Hal ini tercermin dalam rasa syukur, kemampuan untuk memaafkan, kendali diri, kasih sayang, dan pengamalan ajaran agama yang baik.

Sehat sosial memiliki peran penting sejajar dengan tiga komponen lainnya dalam definisi WHO. Sehat sosial terjadi ketika individu dapat hidup harmonis dengan orang lain, mematuhi norma sosial, dan diterima sebagai bagian dari masyarakat.

Upaya kesehatan mencakup semua aktivitas yang diselenggarakan dari pemerintah serta masyarakat³⁵ supaya menjaga serta memajukan kesehatan. Ini mencakup kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Usaha dalam mencapai kesehatan ini terbagi menjadi dua aspek, yaitu pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, sesuai dengan konsep yang dijelaskan oleh (Notoatmodjo, 2012).

101

1.2 Pengertian Masyarakat

Masyarakat, yang diartikan dari istilah "society," termasuk sekumpulan individu yang menciptakan suatu sistem yang semi-tertutup, juga sebaliknya, di mana mayoritas interaksi terjadi sesama perorangan pada kumpulan tersebut. Asal kata "masyarakat" adalah bahasa Arab, "musyarakah." Secara lebih umum, masyarakat termasuk sebuah jaringan hubungan antara entitas-entitas. Ini merujuk pada suatu kelompok atau komunitas yang sama-sama bergantung satu sama lain. Secara umum, istilah masyarakat dipakai supaya merujuk pada sekumpulan pribadi yang tinggal bersama pada sebuah komunitas terorganisir.

Menurut Syaikh Taqyuddin An-Nabhani, seorang ahli sosiologi, masyarakat adalah sekumpulan manusia²⁷⁹ yang dapat dikatakan menjadi masyarakat jika mereka memiliki pemikiran, perasaan, serta sistem atau aturan serupa. Kesamaan ini memungkinkan manusia untuk berkaitan dan bersosialisasi

sesuai kepentingan bersama. Masyarakat biasanya digabungkan sesuai cara utama mereka saat menemukan pendapatan atau memenuhi kebutuhan hidup. Beraga¹⁰¹ ilmuwan sosial menggabungkan masyarakat menjadi masyarakat pastoral nomadis, masyarakat pemburu, masyarakat bercocok tanam, serta masyarakat agraris intensif, yang pula sering disebut menjadi masyarakat peradaban (Suwari & Anthon, 2015).

KBBI mendefinisikan masyarakat sebagai sekelompok manusia dalam arti yang sangat luas, ¹⁵⁷g bertaut dari sebuah kebudayaan yang mereka pikir serupa. Menurut Paul B. Horton & C. Hunt, masyarakat adalah kumpulan manusia relatif mandiri, hidup bersama pada durasi yang panjang, berada pada daerah khusus, memiliki kebudayaan yang sama, dan menyelenggarakan mayoritas aktivitas pada kumpulan itu (Radiansyah, 2008:216).

Dari kelahiran hingga kematian, manusia hidup menjadi anggota masyarakat. Hidup pada masyarakat bermakna terlibat dalam interaksi sosial bersama individu di dekat kita, serta dengan hal tersebut kita mendapat dampak serta memiliki kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Masyarakat memiliki cakupan terluas serta mencakup semua umat manusia. Masyarakat dapat terbagi dari kelompok besar atau kelompok kecil tergantung pada total anggotanya. Setiap individu adalah anggota keluarga yang bisa terbagi atas orang tua serta anak-anak, atau keluarga yang lebih besar yang juga melibatkan paman, kakek, cucu, dan lainnya yang dapat disebut sebagai bagian dari masyarakat (Nurani Soyomukti, 2010).

1.3 Mewujudkan Masyarakat Sehat

Masyarakat yang sehat bukan sekedar meliputi kesehatan fisik, namun pula kesehatan mental, spiritual, dan sosial. Untuk menciptakan masyarakat yang sehat, pemerintah dan masyarakat harus bekerja sama untuk mengurangi faktor risiko utama dari penyakit menular, penyakit tidak menular, angka kematian ibu dan

bayi, serta masalah stunting. Upaya ini mencakup faktor biologis, perilaku, dan lingkungan yang menjadi masalah utama kesehatan di Indonesia. Dalam konteks ini, pergerakan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) menjadi sangat penting.

GERMAS termasuk usaha supaya menambah kesadaran, keinginan, serta keahlian semua individu supaya hidup sehat guna mencapai peningkatan kesehatan masyarakat sebaik-baiknya (Pedoman Umum Pelaksanaan Germas, 2017). GERMAS memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mengurangi beban penyakit menular serta tidak menular, termasuk angka kematian dan cacat.
2. Mengurangi beban biaya pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh peningkatan penyakit.
3. Mempertahankan produktivitas penduduk.
4. Mencegah peningkatan beban finansial masyarakat untuk pengeluaran kesehatan.

Beberapa kegiatan yang termasuk dalam GERMAS adalah:

1. Peningkatan Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik perlu dilakukan secara berkelanjutan. Penelitian oleh (Colman & Dave, 2013) menunjukkan jika manfaat jangka panjang dari kegiatan fisik lebih besar daripada manfaat jangka pendek. Ini berarti aktivitas fisik perlu dijadikan kebiasaan yang terus menerus untuk hasil yang lebih maksimal. Mengubah perilaku individu yang cenderung kurang aktif menjadi aktif bukanlah tugas yang mudah. Aktivitas yang dilakukan hanya sesekali tidak cukup untuk membentuk kebiasaan atau pola perilaku jangka panjang. Oleh karena itu, selain campur tangan pemerintah dan pihak-pihak terkait, faktor perilaku terkait pa²² kegiatan fisik pula perlu diperhatikan. Studi-studi tentang Determinan Perilaku Aktivitas Fisik (*Behavioral Determinants of physical*

activity) telah memberikan wawasan yang dapat diterapkan sebagai bagian dari strategi.

Peregangan, misalnya, adalah aktivitas fisik yang disarankan dalam GERMAS. Peregangan melibatkan gerakan ringan yang bertujuan untuk melonggarkan bagian tubuh yang tegang. Ini bisa berupa gerakan dinamis selama sekitar 3 menit atau dalam posisi duduk. Peregangan juga penting dilakukan di tempat kerja. Aktivitas kerja yang melibatkan posisi tubuh yang belum ergonomis serta postur yang tidak benar mampu berdampak pada ketidaknyamanan dan bahkan masalah kesehatan seperti gangguan otot dan tulang rangka. Oleh karena itu, melakukan peregangan dan memperbaiki sikap tubuh yang tidak tepat sangat penting untuk mencegah masalah tersebut (Ariesmayana, 2020).

GERMAS juga mendorong kegiatan fisik selama 30 menit setiap hari. Kegiatan fisik ini secara tersusun menolong menghambat juga mengatur beragam gangguan kesehatan, misalnya stroke, penyakit metabolik, stres, kanker, diabetes mellitus tipe 2, serta arthritis. Berjalan selama 30 menit juga dapat mengurangi tingkat stres dan emosi.

Gaya hidup modern sering kali mengakibatkan kurangnya aktivitas fisik, baik dalam pekerjaan maupun dalam berolahraga. Teknologi yang memudahkan hidup dan jadwal yang padat dapat berdampak pada gaya hidup yang kurang sehat. Sehingga, kegiatan fisik menjadi suatu fokus utama dalam GERMAS untuk menambah mutu hidup masyarakat (Ariesmayana, 2020).

2. Peningkatan Perilaku Hidup Sehat

Perilaku menjaga kesehatan adalah tindakan personal untuk merawat, memulihkan, atau mencapai kehidupan yang sehat, energik, serta terjauhi oleh penyakit. Para peneliti menunjukkan bahwa mencapai perilaku hidup sehat

melibatkan beberapa tahapan yang umumnya diikuti oleh setiap individu.

Langkah pertama adalah kurangnya niat atau minat. Dari tahap ini, seseorang kemudian bergerak menuju niat, lalu bertransisi menjadi persiapan, dan akhirnya mengambil langkah nyata. Proses ini mencapai puncaknya ketika tindakan sehat menjadi kebiasaan yang dijalani secara rutin, dikenal sebagai habit. Transformasi perilaku semacam ini, terutama dalam aspek kesehatan, ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

- a. Pertama, terdapat permintaan atau keinginan terhadap kesehatan.

Keinginan ini muncul saat seseorang memiliki kecenderungan untuk mengadopsi perilaku sehat. Lebih dari sekadar pemahaman, individu perlu memiliki keyakinan, motivasi, dan nilai-nilai yang mendorongnya untuk mengambil langkah ini.

- b. Kedua, penyediaan fasilitas dan infrastruktur kesehatan atau pasokan.

Kehadiran taman hijau, lingkungan yang bersih, dan akses ke air bersih, seperti, termasuk faktor penting bagi perilaku hidup sehat.

- c. Ketiga, menciptakan lingkungan yang mendukung atau pendorong (*enabling*).

Lingkungan yang mendukung²² berperan dalam memfasilitasi penerapan perilaku sehat.

3. Penyediaan Pangan Sehat dan Percepatan Perbaikan Gizi

Penurunan tingkat pemberian ASI eksklusif serta pengenalan makanan pendamping untuk bayi pada Indonesia dapat berkontribusi pada risiko kurang gizi pada masa hidup anak serta potensi kelebihan gizi di masa dewasa. Faktor gizi ini juga meliputi ketidakseimbangan dalam konsumsi

makanan padat energi, yang sering kali mengandung biji-bijian, gula, dan lemak olahan, dibandingkan dengan makanan segar. Gernas juga mendorong langkah-langkah perbaikan gizi serta konsumsi pangan yang sehat mulai dini. Konsep pangan sehat tersebut mencakup pedoman gizi seimbang yang dihasilkan dari Kementerian Kesehatan serta dikenal sebagai Gerakan Isi Piringku. Panduan ini menekankan pentingnya keseimbangan nutrisi dan pangan yang bebas atas bahan kimia atau biologis berbahaya misalnya bahan pengawet atau pestisida (Kemenkes RI, 2019).

Salah satu contoh gernas yang bisa diadopsi oleh siapa saja adalah meningkatkan konsumsi buah dan sayur. Sebagai bagian dari upaya ini, kampanye makan buah dan sayur diselenggarakan dengan tujuan mengedukasi masyarakat mengenai manfaat besar dari mengonsumsi buah dan sayur setiap hari. Hal ini mendorong pemahaman mengenai dampak negatif kurangnya asupan buah dan sayur terhadap kesehatan, seperti masalah pencernaan, peningkatan risiko penyakit tidak menular, hipertensi, serta sebagainya. Dengan meningkatkan kesadaran akan pentingnya konsumsi buah serta sayur, diinginkan masyarakat akan semakin aktif dalam mendukung kampanye ini, dengan akhir tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia (Kemenkes RI, 2019).

4. Peningkatan Pencegahan dan Deteksi Dini Penyakit

Bagian integral dari makna Gernas menjadi gerakan masyarakat hidup sehat termasuk pengelolaan kesehatan yang lebih baik. Suatu caranya adalah melalui pemeriksaan kesehatan secara berkala, bukan hanya ketika merasa sakit saja. Ini bermanfaat untuk mendeteksi penyakit atau masalah kesehatan lebih awal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Untuk menurunkan angka kesakitan serta kematian, perlu dilakukan pemeriksaan kesehatan dan deteksi dini secara cepat. Pada populasi yang biasanya sehat atau dalam keadaan sehat, deteksi dini, sering disebut skrining, sering digunakan. Indikator faktor risiko harus ditemukan sebelum timbulnya gejala untuk memulai pengobatan dengan cepat dan mengurangi morbiditas dan kematian. Seiring dengan manfaat kesehatan, hal ini dapat mengurangi biaya pengobatan dan klaim ke sistem asuransi kesehatan nasional. Meskipun banyak manfaat deteksi dini, pemerintah, pejabat, dan masyarakat harus diberitahu bahwa ada risiko yang terlibat dalam upaya ini. Agar berhasil, deteksi dini harus dilaksanakan dengan tepat, dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berkaitan dengan bisnis, politik, interaksi sosial, dan ekonomi serta kesehatan. Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah merumuskan 10 prinsip panduan deteksi dini sebagai pedoman umum. Gernas mendorong pelaksanaan program pencegahan primer dan sekunder melalui beragam program deteksi dini pada masyarakat (Kemenkes RI, 2019).

Pelaksanaan deteksi dini dapat diselenggarakan pada posbindu (pos pembinaan terpadu) atau daerah lain, seperti sekolah, lokasi kerja, atau komunitas, melalui jenis skrining yang disamakan pada target populasi. Beberapa pemeriksaan kesehatan yang sebaiknya dilakukan secara rutin meliputi:

a. **Cek Kesehatan Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) Secara Rutin**

Timbang diri sendiri bermanfaat untuk menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT) yang kemudian dapat digunakan untuk menilai apakah tinggi dan berat badan seseorang sudah optimal atau apakah seseorang berisiko terkena penyakit tidak menular (PTM).

b. Cek Lingkar Perut Secara Berkala

Dapat mengelola lemak perut dengan sering mengukur diameter perut Anda. Lemak perut yang berlebihan meningkatkan risiko berkembangnya kondisi termasuk diabetes, penyakit jantung, dan stroke.

c. Cek Tekanan Darah

Memeriksa tekanan darah dapat membantu mengidentifikasi risiko penyakit jantung, hipertensi, dan stroke.

d. Cek Kadar Gula Darah Berkala

Masyarakat bisa menemukan kadar glukosa pada darah melalui jenis pengecekan kesehatan berkala tersebut, hasil dari pengecekan ini masyarakat bisa menemukan potensi diabetes perorangnya.

e. Cek Fungsi Mata Telinga

Biasanya cek rutin fungsi mata dan telinga dapat dilakukan rutin sebanyak 3 bulan sekali untuk mengurangi resiko kerusakan pada mata dan penumpukan kotoran pada telinga.

f. Cek Kolesterol Tetap

Cek kolesterol sempurna mencakup pengukuran pada 4 bentuk lemak pada darah, seperti HDL (kolesterol baik), LDL (kolesterol tidak baik), trigliserida, serta jumlah kolesterol (jumlah semua dari bentuk kolesterol). Hasil pengecekan kolesterol yang ideal termasuk seperti:

- 1) LDL: sedikit dari 130 mg/dL (lebih menurun totalnya, lebih positif).
- 2) HDL: melampaui 60 mg/dL (lebih naik totalnya, lebih positif).
- 3) Kolesterol jumlah: sedikit dari 200 mg/dL (lebih menurun totalnya, lebih positif).
- 4) Trigliserida: sedikit dari 150 mg/dL (lebih menurun totalnya, lebih positif).

g. Cek Arus Puncak Ekspirasi

Pengecekan tersebut termasuk suatu cek kesehatan pada pengetesan fungsi paru, pengecekan tersebut sering diselenggarakan untuk penderit² asma juga penyakit berbeda supaya menilai kegunaan paru-paru.

h. Cek dan Deteksi Dini Kanker Leher Rahin²²⁹

Salah satu cara pemeriksaan yang sering dilakukan yaitu IVA (Inspeksi Visual dengan asam asetat) Pemeriksaan IVA termasuk Jika terjadi perubahan sel (displasia), bintik putih akan terbentuk setelah menunggu kurang lebih satu menit setelah mengoleskan cuka encer atau asam asetat ke serviks (konsentrasi 3-5%). Pemeriksaan diulang 3 tahun kem²¹²an jika temuan tes IVA tidak menguntungkan.

i. Cek Periksa Payudara Sendiri (SADARI)

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) hanya dengan menyentuh dan mempelajari payudara dengan cermat, seseorang dapat menentukan apakah telah terjadi perubahan fisik. Tujuan dari metode ini adalah untuk memungkinkan diagnosis dini dari setiap perubahan yang dapat menyebabkan masalah yang lebih signifikan.

5. Peningkatan Kualitas Lingkungan

Salah satu aspek utama oleh Germas untuk hidup sehat pula terkait melalui peningkatan mutu lingkungan, suatu halnya jauh lebih berdedikasi untuk menjaga lingkungan. Dalam skala kecil, seperti dalam keluarga, menjaga kebersihan lingkungan dapat dilakukan dengan mengelola sampah dengan benar. Menjaga kebersihan, seperti mencegah penyebaran vektor penyakit di lingkungan sekitar, merupakan langkah lain yang mungkin dilakukan untuk mengurangi bahaya kesehatan (Kemenkes RI, 2019).

Penggunaan jamban sebagai sarana pembuangan limbah merupakan salah satu aspek sanitasi yang sangat ditekankan

oleh Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Buang air besar di luar jamban dapat meningkatkan bahaya penularan penyakit selain menurunkan derajat kebersihan di lingkungan sekitar (Kemenkes RI, 2019).

6. Peningkatan Edukasi Hidup Sehat

Aspek yang sangat penting dalam Germas untuk menjalani hidup sehat adalah meningkatkan edukasi tentang gaya hidup sehat. Tanpa adanya upaya edukasi untuk meningkatkan kesadaran akan gaya hidup sehat, masyarakat mungkin tidak akan memiliki pengetahuan atau pemahaman tentang bagaimana seharusnya hidup sehat. Peningkatan edukasi tentang gaya hidup sehat dapat dilakukan melalui penyebaran berbagai media edukatif, seperti leaflet, poster, atau bahan cetak lainnya, secara rutin dan merata pada area yang biasa dilalui masyarakat. Selain itu, edukasi juga dapat dilakukan secara langsung melalui berbagai acara komunitas, seperti pertemuan ibu-ibu PKK, pengajian, posyandu, posbindu, atau bahkan melalui kunjungan langsung ke rumah-rumah. Semua upaya tersebut berguna supaya menambah pengetahuan serta keterampilan masyarakat saat menjalani gaya hidup sehat (Kemenkes RI, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- 77
Akhmaddian, Suwari dan Anthon Fathanudien. 2015. Partisipasi Masyarakat Dalam Mewujudkan Kuningan Sebagai Kabupaten Konservasi. Jurnal Unifikasi. Vol. 2 No. 1.
- Ariesmayana, A. 2020. Masyarakat Sehat (Vol. 2, Issue 1).
- Colman, G. J., & Dave, D. M. 2013. Nber Working Paper Series Physical Activity and Health. <http://www.nber.org/papers/w18858>
- 262
Kemenkes RI. 2019. Tiga tahun GERMAS Lessons Learned. Kementerian Kesehatan RI.
- Krisna Triyono, S. D., & K. Herdiyanto, Y. 2018. Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali. Jurnal Psikologi Udayana, 4(02), 263. <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>
- 232
Notoatmodjo. S, Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta, Rineka Cipta, 2012.
- Radiansyah, Sosiologi Pendidikan, Banjarmasin, Antasari Press, 2008.
- 132
Soyomukti, Nurani, Pengantar Sosiologi, Jogjakarta, Ar-Ruzz Media, 2010.
- 132
Soekanto, Soerjono, Sosiologi : Suatu Pengantar, Jakarta, RajaGrafindo Persada, 1985.
- 149
World Health Organization (WHO). Environmental Health. Disitasi dari : <http://www.WHO.int>. Last Update ; Januari 2008.

BAB 2

MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN

Oleh Ni Made Padma Batiari

5

2.1 Pendahuluan

Pemberdayaan (*empowerment*) berasal dari kata *power* yang makna kekuasaan atau keberdayaan. Definisi yang lebih luas, pemberdayaan merupakan sebuah proses dan tujuan (Husaini dan Marlinae, 2016). Pemberdayaan sebagai sebuah proses, yaitu pemberdayaan masyarakat adalah serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memperkuat keberdayaan masyarakat. Sebagai tujuan, pemberdayaan masyarakat mengacu pada hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial, yaitu masyarakat yang berdaya, masyarakat mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan segala aspek, mempunyai kepercayaan diri dalam menyampaikan aspirasi, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, serta mampu secara mandiri melaksanakan tugas - tugas kehidupannya. Sehubungan dengan hal tersebut konsep pemberdayaan membutuhkan adanya upaya kolaborasi, keterlibatan berbagai pihak mulai dari pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, serta yang terpenting adalah partisipasi aktif dari masyarakat. Dalam hal ini, masyarakat mempunyai peranan penting sebagai tonggak utama berkaitan dengan keberhasilan program pemberdayaan masyarakat, yaitu mulai dari merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi, dan menetapkan untuk pengembangannya (Trisutrisno dkk, 2022). Tujuan utama dari pemberdayaan masyarakat adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan

kesehatan masyarakat sendiri sesuai dengan visi dari promosi kesehatan, serta meningkatkan kapasitas dan kapabilitas masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, sehingga mampu memanfaatkan sumber daya yang ada secara efektif (apsilowati *dkk.*, 2015) (Nurmala *dkk.*, 2018).

Berbagai model pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan telah diterapkan di Indonesia seperti Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), Program Keterpaduan KB-Kesehatan dan Posyandu, Pemberantasan Penyakit Menular dengan Pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (P2M-PKMD), Gerakan Sayang Ibu (GSI), Desa Siaga, dan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Generasi Bidang Kesehatan, Upaya Kesehatan bersumberdaya Masyarakat (KBM), serta lainnya (Sulaeman, 2016)(Pramudyani *dkk.*, 2019). Kegiatan pemberdayaan di masyarakat sering disebut dengan gerakan masyarakat yang dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, seperti penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk pelatihan – pelatihan peningkatan kemampuan masyarakat (Nurmala *dkk.*, 2018).

2.2 Unsur Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan

Terdapat empat unsur dalam pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, yaitu (Husaini dan Marlinae, 2016):

1. Inklusi dan partisipasi

Unsur inklusi mengacu pada pertanyaan siapa yang akan diberdayakan, sedangkan partisipasi mengacu pada bagaimana masyarakat diberdayakan dan peran yang akan dilakukan setelah masyarakat menjadi bagian dari kelompok yang diberdayakan. Dalam unsur partisipasi pelibatan masyarakat tidak hanya sebatas pada penyampaian aspirasi, namun penting juga masyarakat dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan. Terdapat

6 beberapa bentuk partisipasi, yaitu secara langsung, dengan perwakilan (wakil dari kelompok masyarakat), secara politis (melalui pemilihan terhadap merek²⁰⁴ yang mencalonkan diri sebagai wakil masyarakat), dan berbasis informasi (data yang diolah dan dilaporkan kepada⁸⁷ mengambil keputusan).

2. Akses pada informasi

Akses pada informasi yang dimaksudkan adalah alur atau aliran informasi yang memungkinkan dimanfaatkan oleh seluruh lapisan⁶ masyarakat. Informasi yang disalurkan dapat berupa ilmu pengetahuan, program dan kinerja pemerintah, hak dan kewajiban dalam bermasyarakat, ketentuan tentang pelayanan umum, perkembangan permintaan dan penawaran pasar. Sehubungan dengan hal ini, perlu adanya kepastian terkait pemerataan akses informasi pada seluruh lapisan masyarakat untuk⁸⁷ meminimalkan adanya kesenjangan akses informasi.

3. Kapasitas organisasi lokal

Kapasitas organisasi lokal merupakan kapasitas masyarakat dalam bekerja sama, memobilisasi¹⁰² sumber – sumber daya yang tersedia, mengorganisasikan sumber⁸⁷ daya manusia baik perorangan maupun kelompok dalam menyelesaikan masalah bersama.

4. Profesionalitas pelaku pemberdaya

Profesionalitas pelaku pemberdaya merupakan kemampuan pihak yang me⁶ lakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam mendengarkan, memahami, mendampingi dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk melayani kepent⁶ gan masyarakat. Pihak – pihak yang termasuk sebagai pelaku pemberdaya adalah aparat pemerintah atau LSM.

2.3 Model Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

Model merupakan bentuk nyata dari perencanaan suatu program kesehatan yang diwujudkan dalam bentuk kerangka kerja sebagai hasil dari identifikasi dan analisa yang mendalam dalam proses pemberdayaan masyarakat (Yefni, 2018). Sehubungan dengan hal tersebut, satu model hanya bisa digunakan pada masyarakat yang mempunyai kesamaan wilayah. Terdapat tiga model pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, yaitu sentralisasi, partisipatif, dan *community development*. Berikut ini penjelasan dari masing – masing model pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan (Yefni, 2018):

1. Model sentralisasi dalam pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan berkaitan dengan pendekatan yang dikelola oleh entitas pusat atau otoritas tertentu berkaitan dengan keputusan, sumber daya, dan kontrol utama terkait kesehatan. Dalam penerapan model sentralisasi ini, otoritas pusat mempunyai kendali dan kontrol yang lebih besar terhadap kegiatan perencanaan, pengelolaan, dan pelaksanaan program kesehatan termasuk dalam pengambilan keputusan strategis.
2. Model partisipatif dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, yaitu pendekatan yang lebih melibatkan peran aktif masyarakat dalam pengambilan keputusan, perencanaan, implementasi, dan monitoring serta evaluasi program – program kesehatan. Tujuan dari model partisipatif ini adalah untuk memberikan kendali dan kontrol yang lebih besar kepada masyarakat untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, mengakui pengetahuan lokal dan kebutuhan unik dari berbagai kelompok masyarakat, serta mendorong kolaborasi antara pemerintah, sektor kesehatan, dan masyarakat. Terdapat enam hal yang menjadi elemen kunci dari model

partisipatif dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, yaitu:

- a. Partisipasi aktif, yaitu masyarakat diajak untuk berpartisipasi dalam segala tahap, meliputi perencanaan hingga pemantauan program kesehatan. Pelibatan masyarakat dapat berupa diskusi kelompok, konsultasi punlik, dan proses kolaboratif lainnya.
- b. Pendidikan dan kesadaran masyarakat, yaitu masyarakat diberdayakan melalui kegiatan edukasi dan peningkatan kesadaran tentang isu - isu kesehatan. Informasi tepat dan mudah dipahami akan membantu masyarakat dalam membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan mereka sendiri.
- c. Pengambilan keputusan bersama, yaitu keputusan terkait dengan program kesehatan diambil secara bersama yang melibatkan masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya. Upaya ini akan memungkinkan untuk mendapatkan keputusan yang lebih akurat dan relevan dengan kebutuhan masyarakat terhadap program kesehatan.
- d. Pengembangan keterampilan, yaitu masyarakat diberdayakan dengan upaya peningkatan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola masalah kesehatan mereka sendiri. Upaya ini dapat berupa pemberian pelatihan tentang kesehatan, tindakan pencegahan dan higienitas diri serta lingkungan.
- e. Transparansi dan akuntabilitas, yaitu pemerintah dan lembaga terkait berkomitmen untuk memberikan informasi yang jelas tentang program kesehatan dan hasil yang dicapai. Upaya yang bersifat transparans dan akuntabel ini bertujuan untuk menciptakan adanya kepercayaan antara masyarakat dengan penyedia program kesehatan.

- f. Penghargaan terhadap budaya lokal, yaitu model partisipatif ini menghargai kekayaan budaya dan praktik lokal sehubungan dengan upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Hal ini akan memungkinkan adanya integrasi pengetahuan tradisional dengan pengetahuan modern terkait kesehatan masyarakat.

Secara keseluruhan, model partisipatif dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dapat membantu menciptakan solusi yang lebih berkelanjutan, relevan, dan berfokus pada kebutuhan masyarakat, dengan melibatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan⁶.

3. Model pengembangan masyarakat (*community development*), yaitu model pendekatan pembangunan (*bottom up approach*) yang merupakan upaya melibatkan peran aktif masyarakat beserta sumberdaya lokal yang ada (Husaini dan Marlinae, 2016). Tujuan dari model pengembangan masyarakat¹⁰⁷ (*community development*) dalam pemberdayaan masyarakat adalah membantu meningkatkan kemampuan masyarakat, agar mereka dapat menjaga dan meningkatkan kualitas kesehatan secara mandiri. Pengembangan masyarakat (*community development*)⁴⁵ mempunyai fokus pada upaya untuk membantu anggota masyarakat yang mempunyai kesamaan minat untuk bekerja sama dalam mengidentifikasi kebutuhan bersama dan selanjutnya melakukan kegiatan bersama untuk memenuhi kebutuhan masyarakat⁸³ (Husaini dan Marlinae, 2016). Adapun unsur - unsur dari program pengembangan masyarakat (*community development*), yaitu:
 - a. Program terencana yang berfokus pada kebutuhan - kebutuhan menyeluruh (*total needs*) dari masyarakat yang bersangkutan.

- b. Mendorong kemandirian (swadaya) masyarakat.
- c. Adanya bantuan teknis berupa tenaga, peralatan, bahan, maupun dana dari berbagai pihak, seperti pemerintah, badan swasta, atau organisasi – organisasi sukarela.
- d. Dapat mempersatukan berbagai disiplin ilmu, seperti pertanian, peternakan, kesehatan masyarakat, pendidikan kesejahteraan keluarga, dan lainnya untuk membantu masyarakat.

Intervensi melalui pengembangan masyarakat dapat dilakukan dengan pendekatan yang dilakukan oleh *community worker* dalam implementasi pemberdayaan masyarakat. Terdapat dua pendekatan dalam pengembangan masyarakat (*community development*), yaitu:

1. Pendekatan direktif (instruktif)

Implementasi pendekatan ini berdasarkan pada asumsi bahwa *community worker* mengetahui kebutuhan dan hal yang baik untuk masyarakat. Dalam pendekatan ini *community worker* mempunyai peranan yang lebih dominan karena inisiatif (prakarsa) kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan lebih banyak berasal dari *community worker*. Sehubungan dengan hal tersebut, maka prakarsa dan pengambilan keputusan berada ditangan *community worker*.

2. Pendekatan non-direktif (partisipatif)

Penerapan pendekatan ini didasarkan pada asumsi bahwa masyarakat mengetahui kebutuhan dan hal yang baik untuk mereka terkait dengan program kesehatan. Masyarakat menjadi pemeran utama dari pendekatan ini yang berperan dalam menetapkan hal yang baik dan pengambilan keputusan berkaitan dengan program kesehatan. Dalam hal ini, *community worker* hanya berperan sebagai fasilitator yang membantu menggali dan mengembangkan potensi

masyarakat. Pendekatan non-direktif ini memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk membuat analisis dan mengambil keputusan sesuai kebutuhan dan sumberdaya yang dimiliki masyarakat, serta kesempatan untuk menentukan cara - cara untuk mencapai tujuan bersama. Pendekatan non-direktif ini bertujuan untuk memberikan kesempatan masyarakat memperoleh pengalaman belajar dalam mengembangkan potensi diri melalui pemikiran dan tindakan yang dirumuskan secara mandiri oleh masyarakat.

Secara keseluruhan, model pengembangan masyarakat (*community development*) dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan model dengan pendekatan yang kuat dalam memastikan bahwa solusi dari masalah kesehatan diadopsi sesuai dengan kebutuhan dan konteks masyarakat, serta terdapat upaya membangun kapasitas dan pemberdayaan masyarakat.

Tabel 2.1. Keuntungan dan Tantangan dari masing - masing Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
1	Model sentralisasi	1) Koordinasi dan konsistensi, yaitu model sentralisasi memungkinkan otoritas pusat untuk mengkoordinasikan berbagai	1) Kurangnya responsivitas lokal, yaitu model sentralisasi berisiko mengabaikan perbedaan - perbedaan lokal terkait kebutuhan

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>program kesehatan secara lebih efektif, sehingga lebih konsisten dalam upaya pencapaian tujuan.</p> <p>2) Pengelolaan sumber daya, yaitu otoritas pusat dalam mengelola sumber daya lebih baik dan merata untuk menghindari ketidakseimbangan pemanfaatan sumber daya.</p> <p>3) Peningkatan kualitas, yaitu otoritas</p>	<p>kesehatan dan situasi sosial ekonomi, sehingga program-program yang dirancang ditingkat pusat akan kurang responsif terhadap kebutuhan masyarakat lokal.</p> <p>2) Birokrasi dan keputusan yang lambat, yaitu alur keputusan harus melalui tingkat otoritas secara struktural, sehingga memperlambat tanggapan terhadap perubahan atau kebutuhan yang</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>pusat yang mempunyai kontrol lebih besar dapat mengontrol standar kualitas program kesehatan melalui regulasi dan pengawasan yang ketat.</p> <p>4) Pendekatan prioritas nasional, yaitu model ini memungkinkan pemerintah dalam menerapkan kebijakan dan program yang sesuai dengan prioritas nasional dalam sektor kesehatan.</p>	<p>mendesak.</p> <p>3) Kurangnya partisipasi masyarakat, yaitu model sentralisasi dapat mengurangi partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan diri mereka sendiri.</p> <p>4) Ketidaksetaraan akses, yaitu alur pengambilan keputusan dan pengelolaan sumber daya yang terkontrol oleh otoritas pusat terkadang akan menyebabkan</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
			ketidaksetaraan akses terhadap program kesehatan, karena tidak selalu mencerminkan realitas di lapangan.
2	Model partisipatif	1) Keberlanjutan, yaitu keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan dan implementasi program kesehatan cenderung adanya keterikatan masyarakat dengan program kesehatan, sehingga memungkinkan praktik -	1) Waktu dan sumber daya, yaitu proses partisipatif memerlukan waktu dan sumber daya yang cukup untuk memastikan partisipasi masyarakat yang efektif. 2) Ketidakseimbangan pengetahuan, yaitu tidak semua masyarakat mempunyai pengetahuan

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>praktik kesehatan akan diterapkan secara konsisten oleh masyarakat.</p> <p>2) Akurasi dan relevansi, yaitu berkaitan dengan keputusan dan program kesehatan yang lebih akurat dan sesuai dengan kebutuhan dan tantangan yang dihadapi masyarakat karena melibatkan peran aktif masyarakat, pandangan</p>	<p>dan keterampilan yang sama dan memadai.</p> <p>Upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan diperlukan untuk memastikan partisipasi yang merata.</p> <p>3) Kesulitan koordinasi, yaitu koordinasi antara masyarakat, pemerintah, dan pemegang kebijakan dapat berlangsung rumit, sehingga diperlukan pendekatan yang tepat.</p> <p>4) Konflik</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>dan pengetahuan lokal.</p> <p>3) Peningkatan akses dan pemanfaatan, yaitu model ini dapat membantu mengatasi hambatan masyarakat dalam mengakses program kesehatan (seperti faktor budaya atau ekonomi), serta rasa kepemilikan dan kontrol terhadap program meningkatkan kemungkinan masyarakat untuk memanfaatkan</p>	<p>kepentingan, yaitu partisipasi asyarakat dapat mengungkapk an konflik antara berbagai kelompok atau individu dalam komunitas.</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>n program kesehatan yang ada.</p> <p>4) Inovasi dan solusi lokal, yaitu pada dasarnya masyarakat mempunyai pemahaman mendalam tentang kondisinya, dengan pelibatan aktif masyarakat dalam pengambilan keputusan dapat merangsang adanya inovasi dalam mengatasi masalah kesehatan dan sebagai solusi untuk</p>	

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		kondisi kesehatan masyarakat.	
3	Model pengembangan masyarakat	<p>1) Peningkatan kesehatan berkelanjutan, yaitu melalui pelibatan masyarakat dalam perencanaan dan implementasi program kesehatan, ada kecenderungan solusi yang dihasilkan lebih bersifat berkelanjutan dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.</p> <p>2) Pemberdayaan masyarakat, yaitu melalui</p>	<p>1) Waktu dan komitmen, yaitu proses pelibatan masyarakat secara aktif membutuhkan waktu dan upaya yang signifikan dan konsisten untuk memastikan partisipasi yang efektif.</p> <p>2) Perbedaan pendapat, yaitu tidak menutup kemungkinan adanya perbedaan pendapat dan konflik dalam konteks partisipatif masyarakat.</p> <p>3) Keterbatasan</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		<p>model ini memungkinkan masyarakat mempunyai kendali atas kesehatannya sendiri dan meningkatkan kapasitas dalam mengatasi dan menghadapi masalah kesehatan.</p> <p>3) Ketepatan dan relevansi, yaitu penyusunan solusi berdasarkan kebutuhan dan pengetahuan lokal akan lebih akurat dan relevan bagi masyarakat.</p>	<p>sumber daya, yaitu berkaitan pada konteks tertentu, sumber daya mungkin terbatas untuk melaksanakan program – program yang dihasilkan dari partisipatif masyarakat.</p>

No	Model Pemberdayaan	Keuntungan	Tantangan
		4) Peningkatan partisipasi, yaitu melalui partisipasi aktif masyarakat dapat menumbuhkan rasa memiliki terhadap program - program kesehatan dan meningkatkan kemungkinan untuk mendukung dan berkontribusi.	

Sumber : (Yefni, 2018)

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tidak ada satu model yang sempurna untuk segala bentuk situasi. Pemilihan model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan harus didasarkan pada kebutuhan masyarakat, kondisi sosial ekonomi, dan struktur masyarakat, serta konteks sosial politik yang ada di lingkungan masyarakat. Sehubungan dengan hal

tersebut, tidak menutup kemungkinan dalam praktiknya dapat dilakukan penggabungan model untuk mendapatkan efektivitas dalam mengatasi tantangan yang kompleks dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Sebuah hasil penelitian mendapatkan suatu model pemberdayaan masyarakat senantiasa melibatkan masyarakat (Akbar, Susilowati dan Susilawati, 2019). Sehubungan dengan hal tersebut, terdapat beberapa tahap dalam penelitian yang berkaitan dengan proses pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, yaitu:

1. Tahap pertama, mengidentifikasi keberdayaan masyarakat. Pada tahap ini, dilakukan dengan mengukur tingkat keberdayaan masyarakat, sekaligus menganalisis kebutuhan dan perencanaan keberdayaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih kurangnya tingkat keberdayaan masyarakat dalam penanganan remaja berisiko. Hal tersebut disebabkan karena masyarakat masih menganggap bahwa aktivitas remaja yang berisiko, seperti merokok, berkelahi, perundungan dan lainnya merupakan hal yang lumrah terjadi pada kelompok remaja. Pemahaman orang dewasa dalam konteks keluarga, tanggungjawab terhadap remaja hanya sebatas pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan, dan pendidikan. Jika semua kebutuhan tersebut sudah terpenuhi, keluarga atau orang tua menganggap bahwa tanggung jawabnya sudah selesai. Selebihnya, remaja bertanggung jawab atas segala aktivitas yang dilakukan. Hal tersebut, dikarenakan remaja dianggap sudah mampu mengemban tanggung jawab. Pemahaman seperti demikian dapat berdampak pada perilaku remaja yang berisiko menjadi tidak terkontrol. Hal lainnya yang juga didapatkan dari penelitian, bahwa peran dari organisasi PKK dan Karang Taruna belum optimal

dalam menciptakan inovasi – inovasi program yang dapat menurunkan perilaku risiko remaja.

2. Tahap kedua, mengidentifikasi kebutuhan pemberdayaan. Sehubungan dengan hasil penelitian terkait dengan masih kurangnya tingkat keberdayaan masyarakat dalam penanganan perilaku remaja yang berisiko, maka perlu adanya peningkatan pada beberapa aspek meliputi keberdayaan personal dan interpersonal pada remaja, orang tua, dan orang dewasa, serta organisasi. Keberdayaan organisasi mengarah pada peningkatan peran organisasi PKK dan perluasan jejaring dengan Pusat Pembelajaran Keluarga (PUSPAGA) Kota Bandung sebagai pihak luar.
3. Tahap ketiga, yaitu perencanaan pemberdayaan. Berdasarkan adanya kebutuhan terhadap kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam penanganan remaja berisiko, maka perlu disusun rencana kegiatan bersama masyarakat terkait dengan keberdayaan personal dan interpersonal, remaja, orang tua, serta keberdayaan organisasi. Dalam penyusunan rencana kegiatan terdapat dua perspektif yang perlu dipertimbangkan, yaitu *strengths perspective* dan *ecological perspective*. *Strengths perspective* merupakan pandangan yang melihat bahwa setiap individu mempunyai kekuatan dan kemampuan untuk dapat memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah yang dihadapi. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dalam perencanaan perlu ada upaya dalam mengoptimalkan potensi dan kekuatan yang dimiliki masyarakat, sehingga masyarakat menjadi lebih berdaya. *Ecological perspective* merupakan pandangan yang melihat bahwa individu, masalah yang dihadapi, dan penyelesaiannya terjadi dalam interaksi dengan lingkungan sosial yang lebih besar. Sehubungan dengan hal tersebut, lingkungan juga harus

mendorong interaksi positif antara remaja dengan keluarga, lingkungan pertemanan, dan layanan lainnya yang ada di dalam lingkungan sosial sebagai sumber dukungan bagi remaja.

4. Tahap keempat, yaitu implementasi pemberdayaan. Selanjutnya setelah tahap perencanaan¹ adalah implementasi kegiatan, yaitu kegiatan peningkatan keberdayaan personal dan interpersonal remaja, orang tua dan dewasa, serta peningkatan jejaring PKK dengan pihak luar. Berikut penjelasan dari masing - masing implementasi kegiatan:

- a. Peningkatan keberdayaan personal remaja

Pelaksanaan kegiatan menerapkan *strengths perspective*, yaitu mengoptimalkan dan¹ memberdayakan kekuatan remaja dengan memberdayakan taman baca yang ada di RT 01 dan menyepakati adanya kelompok remaja yang disebut Forum Anak *Zero Nine* RW09. Harapannya forum anak ini menjadi wadah aspirasi remaja dan penyampaian pendapat, serta belajar mengorganisasikan kegiatan yang berhubungan dengan remaja.

- b. Peningkatan keberdayaan personal orang tua dan orang dewasa

Peningkatan keberdayaan personal¹ orang tua dan dewasa ini bertujuan untuk menciptakan kesadaran orang tua dan dewasa terkait¹ dengan kewajiban mereka dalam memenuhi kebutuhan kesejahteraan, keamanan dan kelangsungan pengasuhan yang memadai bagi remaja. Kegiatan pada upaya ini dilakukan kerja sama dengan PKK melalui kegiatan penyuluhan tentang perlindungan anak, pelaporan terhadap kekerasan pada anak dan remaja, serta pihak yang dapat dihubungi dalam upaya pencegahan dan penanganan

perlindungan anak khususnya remaja berisiko. Materi penyuluhan tersebut dibawakan langsung oleh *project manager* Lembaga Perlindungan Anak (LPA) Jawa Barat. Harapan dari kegiatan ini adalah dapat menambah wawasan dan kapasitas orang tua dan dewasa dalam mewujudkan masyarakat yang berdaya dalam penanganan remaja berisiko.

c. Peningkatan keberdayaan organisasi

Sebuah inovasi dibutuhkan dalam melakukan perencanaan bersama dengan kader PKK melalui upaya perluasan jejaring dengan pihak luar. Pihak luar dalam hal ini berperan sebagai sistem sumber pemberi dukungan sosial dengan mengakses sistem yang ada di luar lingkungan sosialnya. Hal ini disebabkan karena kegiatan yang selama ini diselenggarakan masih bersifat monoton. Sehubungan hal tersebut, diterapkan *ecological perspective*. Pusat Pembelajaran Keluarga (PUSPAGA) Kota Bandung merupakan sistem sumber yang diakses oleh PKK yang berperan sebagai penyuluh dan konsultan tentang keluarga, remaja, perlindungan anak, dan pengasuhan (*parenting*).

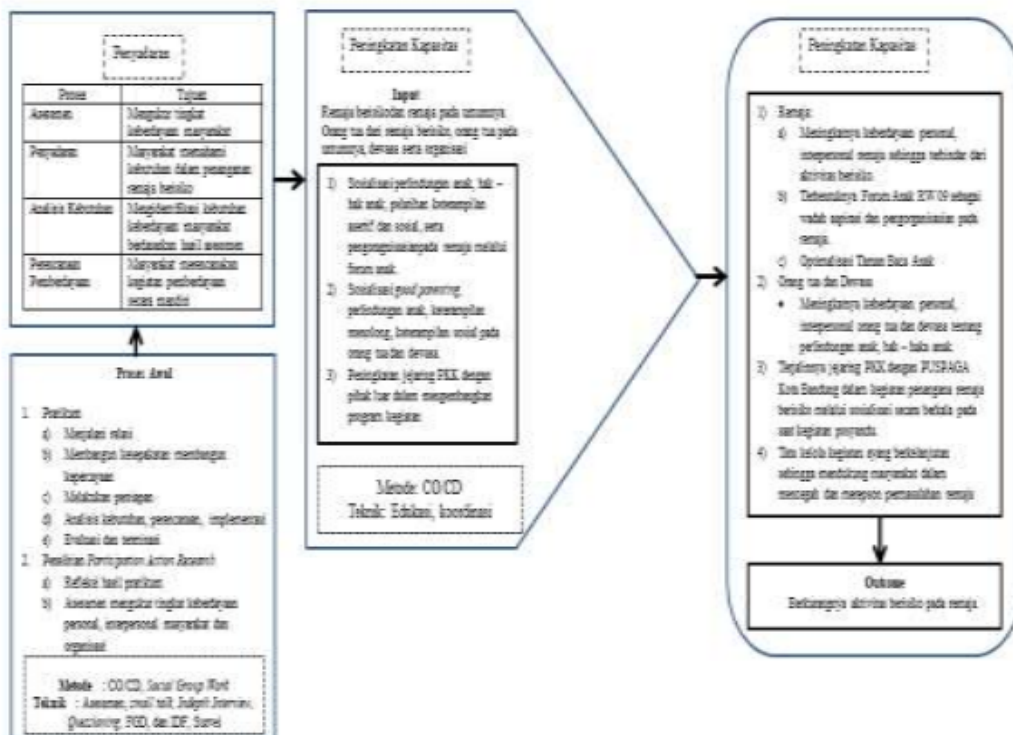
5. Tahap kelima adalah evaluasi pemberdayaan. Tahap evaluasi pemberdayaan dapat menggunakan metode partisipatif dengan pelibatan masyarakat secara aktif. Terdapat empat aspek yang dinilai pada tahap ini, yaitu:

- a. Aspek masukan (*input*), yang terdiri dari sasaran, pelaksanaan, sarana prasarana, dan keterlibatan tokoh masyarakat dinilai sudah sesuai rencana dan cukup tepat.
- b. Aspek proses kegiatan (*throughput*), yang terdiri dari proses kegiatan sebagai upaya meningkatkan keberdayaan masyarakat yang dihadiri orang tua dan dewasa sebanyak 22 orang (73%) dan remaja sebanyak

15 orang(75%), dan waktu pelaksanaan telah sesuai dengan rencana serta berjalan dengan lancar.

- c. Aspek luaran (*output*), yang terdiri dari luaran yang berkaitan dengan remaja, yaitu remaja mempunyai wawasan tentang perlindungan anak dan keterampilan asertif, serta mempunyai wadah dalam bentuk forum anak. Luaran yang berkaitan dengan orang tua dan dewasa, yaitu mempunyai pemahaman tentang perlindungan anak dan keterampilan merespon kasus, serta yang berkaitan dengan PKK telah ada pengembangan jejaring dengan PUSPAGA Kota Bandung dalam hal penyuluhan dan konsultasi tentang permasalahan keluarga, anak dan remaja.

Sehubungan dengan tahapan pemberdayaan yang telah dilakukan dalam penelitian tersebut, maka adapun contoh sebuah model pemberdayaan masyarakat yang diusulkan dan dapat dilaksanakan secara komprehensif. Berikut ini merupakan sajian model pemberdayaan yang diusulkan:



Gambar 2.1. Contoh Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

(sumber: (Akbar, Susilowati dan Susilawati, 2019)

295

Berdasarkan gambaran di atas, dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dalam prosesnya senantiasa melibatkan peran aktif dari masyarakat. Beberapa tahapan yang dilakukan, yaitu (Akbar, Susilowati dan Susilawati, 2019):

1. Tahap pertama penyadaran yang bertujuan untuk membangun kesadaran masyarakat bahwa penting untuk segera menangani masalah yang dihadapi (Maslihah, Ihsan dan Kosasih, 2022).
2. Tahap kedua, tahap peningkatan kapasitas masyarakat, dengan melakukan kegiatan edukasi, pelatihan keterampilan personal dan interpersonal.

3. Tahap ketiga, upaya dalam memastikan bahwa kapasitas yang diperoleh dapat dimanfaatkan oleh masyarakat secara berkelanjutan dan terorganisir, sehingga menghasilkan dampak positif terhadap penurunan risiko masalah yang dihadapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M., Susilowati, E. dan Susilawati. 2019. "Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Penanganan Remaja Berisiko di RW 09 Kebon Pisang Kota Bandung," *BIYAN: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Pelayanan Pekerjaan Sosial*, 1(2), hal. 2019. Tersedia pada: <https://jurnal.poltekesos.ac.id/index.php/biyan/article/view/215>.
- Husaini dan Marlinae, L. 2016. *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Banjarbaru. Tersedia pada: http://eprints.ulm.ac.id/7106/1/BUKU_AJAR_PEMBERDAYAAN.pdf.
- Maslihah, S., Ihsan, H. dan Kosasih, I. 2022. "Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Kampung Hijau di Kampung Anggrek Desa Cikole Kecamatan Lembang Kabupaten Bandung Barat," *Pusako: Jurnal Pengabdian Psikologi*, 1(2), hal. 1-12. doi: 10.31334/jks.v4i2.1837.
- Nurmala, I. dkk. 2018. *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press. Tersedia pada: http://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku_Promosi_Kesehatan.pdf.
- Pramudyani, A. V. R. dkk. 2019. "Upaya Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Menuju Desa Siaga oleh KKN UAD di Watu Gajah dan Mertelu , Gendangsari , Gunung Kidul," *Jurnal Pemberdayaan: Publikasi Hasil Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1), hal. 79-90. doi: <https://doi.org/10.12928/jp.v3i1.660>.
- Sulaeman, E. S. 2016. *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan (Teori dan Implementasi)*, Gadjah Mada University Press. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Trapsilowati, W. dkk. 2015. "Pengembangan Metode Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue di Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah," *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(1), hal. 95-103. doi: 10.22435/hsr.v18i1.4275.95-103.

- Trisutrisno, I. dkk. 2022. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Cetakan 1³² diedit oleh D. D. Pratama. Bone: Yayasan Kita Menulis. Tersedia pada: [https://ecampus.aifi.ac.id/repo/bitstream/handle/123456789/80/Pendidikan dan Promosi Kesehatan.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ecampus.aifi.ac.id/repo/bitstream/handle/123456789/80/Pendidikan%20dan%20Promosi%20Kesehatan.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 51 Yefni. 2018. "Analisis Model Pemberdayaan Masyarakat," *Masyarakat Madani: Jurnal Kajian Islam dan Pengembangan Masyarakat*, 3(2), hal. 42. doi: 10.24014/jmm.v3i2.6362.

BAB 3

PERAN PEMERINTAH DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Rosdiana

3.1 Pendahuluan

Pemerintah memiliki peran penting dalam pemberdayaan masyarakat khususnya dibidang kesehatan. Sehat merupakan modal dasar pembangunan sumber daya manusia, baik itu kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat, karena dengan modal sehat bisa berbuat apa saja, dan tanpa sehat individu, kelompok maupun masyarakat tidak punya arti apa-apa, bahkan menjadi beban hidup keluarga, masyarakat bahkan pemerintah, (Pebriyani and Hermawan, 2021)

Suatu negara/wilayah jika ingin maju wajib hukumnya untuk memperhatikan dan meningkatkan kualitas penduduknya, baik pemenuhan kebutuhan sandang, pangan dan papan, hal lain yang perlu dipenuhi adalah kesehatan, pendidikan dan ketersediaan lapangan pekerjaan. Manusia berkualitas adalah yang sehat fisik, mental, sosial dan memiliki produktifitas yang optimal.

Untuk mewujudkan hal tersebut diperlukan upaya-upaya pemerintah dalam mengorganisir pemeliharaan dan peningkatan kesehatan secara terus menerus berkesinambungan yang dimulai sejak dalam kandungan, balita, usia sekolah pra nikah sampai usia lanjut, (Inayati and Nuraini, 2021)

3.2 Konsep Dasar Peranan Pemerintah Dalam PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

(Mansur, 2022) Struktur pemerintah daerah dan pusat merupakan perangkat pemerintahan yang dituntut mengambil peran yang b¹⁹⁰r dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat di wilayahnya. Peran merupakan kedudukan (status) yang sifatnya dinamis, apabila seseorang melaksanakan tugas dan fungsi pokoknya maka ia menjalankan suatu peran. Peran dibagi tiga, yaitu;

1. Peran aktif, adalah seseorang yang melaksanakan hak dan kewajiban seutuhnya serta komitmen dan konsisten dalam tindakan pada suatu organisasi.
2. Peran partisipasi, adalah seseorang yang m¹⁷⁷aksanakan hak dan kewajiban sekedarnya saja berdasarkan kebutuhan atau saat tertentu saja.
3. Peran pasif, adalah seseorang yang tidak melaksanakan hak dan kewajibannya dalam situasi dan kondisi apapun.

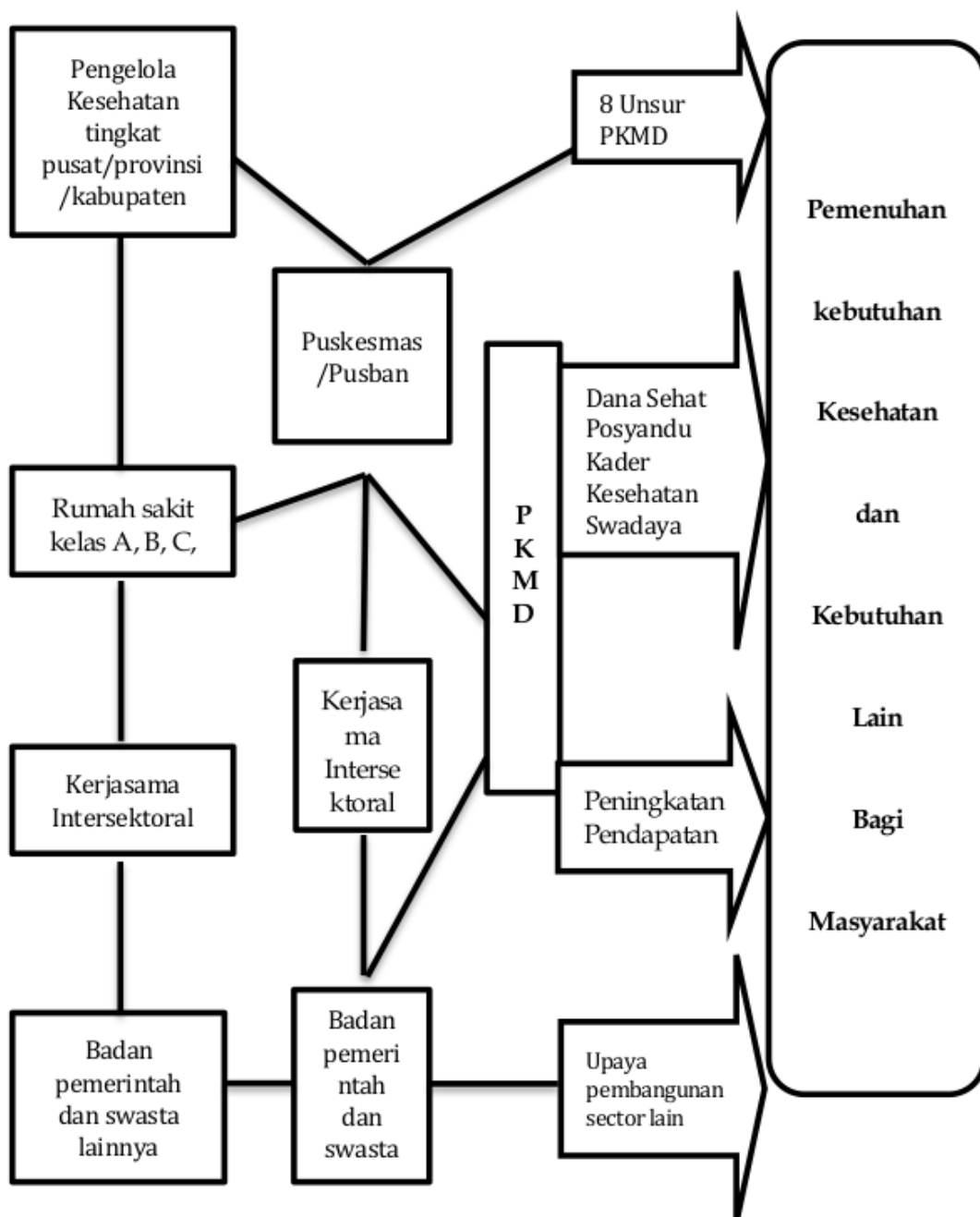
²¹⁵ Pemerintah adalah sekumpulan orang-orang yang mengelola kewenangan, melaksanakan segala ke⁷⁹tan berdasarkan badan publik dan wilayah kerjanya. Peran pemerintah adalah upaya yang secara sadar dilakukan oleh suatu bangsa, negara dan pemerintah dalam rangka mencapai tujuan nasional melalui pertumbuhan dan perubahan secara terencana menuju masyarakat modern.

Ruang lingkup per¹¹ pemerintah dalam pengembangan kesehatan diawali dengan membentuk kontak tingkat pertama antara masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan. Dimana setiap p¹¹ram perlu keterlibatan dan peranserta aktif masyarakat, baik itu dalam perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan upaya kesehatan seperti perawatan diri hingga kemandirian masyarakat dalam hal kesehatan.

Selain itu pentingnya koordinasi lintas sektor, terutama ditingkat masyarakat, sehingga berbagai sektor pemerintah dapat bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Untuk mencapai kesehatan bagi semua, maka perlu didasari hubungan mitra sejajar dalam kerjasama antara instansi pemerintah dan masyarakat. Untuk mewujudkan terbentuknya hubungan mitra sejajar perlu diperhatikan beberapa hal penting, seperti;

1. Pemerintah memprakarsai dan bertanggung jawab dalam merencanakan, mengorganisasikan, dan melaksanakan program pengembangan kesehatan melalui kemampuan dan potensi yang ada di masyarakat
2. Pentingnya dukungan berupa pendampingan, inisiatif, komitmen terhadap sumberdaya masyarakat dalam mengenali masalah dan solusi kesehatan di masyarakat.
3. Pemerintah mendorong dan meningkatkan kemampuan penggunaan teknologi dalam memudahkan pelaksanaan program.
4. Pendekatan intra dan intersektoral harus diterapkan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengembangan penyelesaian masalah.
5. Pemerintah dan masyarakat bekerja sama dalam mengevaluasi baik proses maupun hasil pelaksanaan program pembangunan kesehatan masyarakat.
6. Pemerintah menyediakan bantuan berupa sumberdaya manusia yang terampil, sarana dan prasarana, informasi, dana sesuai kebutuhan dalam perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi hasil pelaksanaan program, (Pusat Krisis Kesehatan RI, 2015)

Tingkat Pusat/ Tingkat Tingkat Provinsi/ Kecamatan Desa Masyarakat Kabupaten



Gambar 3.1. Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Skema pada gambar 3.1 menjelaskan tentang hubungan pemerintahan dengan sektor kesehatan dan non-kesehatan serta upaya masyarakat dalam mengisi pembangunan kesehatan masyarakat, (Wijesinghe, 2018)

Survei pelaksanaan PKMD di Indonesia membuktikan bahwa beberapa daerah bersifat sosiokultur dan politis. Komitmen dan dukungan politik yang cukup tinggi terutama ditingkat lokal. Satu sisi bermanfaat dalam mencapai keberhasilan PKMD, sisi lain program PKMD tidak konsisten pelaksanaannya di masyarakat. Walaupun hal ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan⁷⁷ dan tingkat keswadayaan kepemimpinan setempat, mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program.

Kepercayaan masyarakat sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program, akan tetapi masyarakat juga perlu dibekali keterampilan dan kemampuan teknis untuk dapat membantu dan menyelesaikan masalah yang lebih kompleks. Hal ini disebabkan pemerintah setempat masih bersikap tradisional. misalnya masih menunggu instruksi dari atas dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang lebih kreatif dan inovatif. Pelaksanaan program sangat tergantung pada sumber daya manusia dan juga dana, sehingga hal ini lah yang menjadi penghambat kelancaran dan perluasan kegiatan masyarakat Desa, (Maryani, 2020)

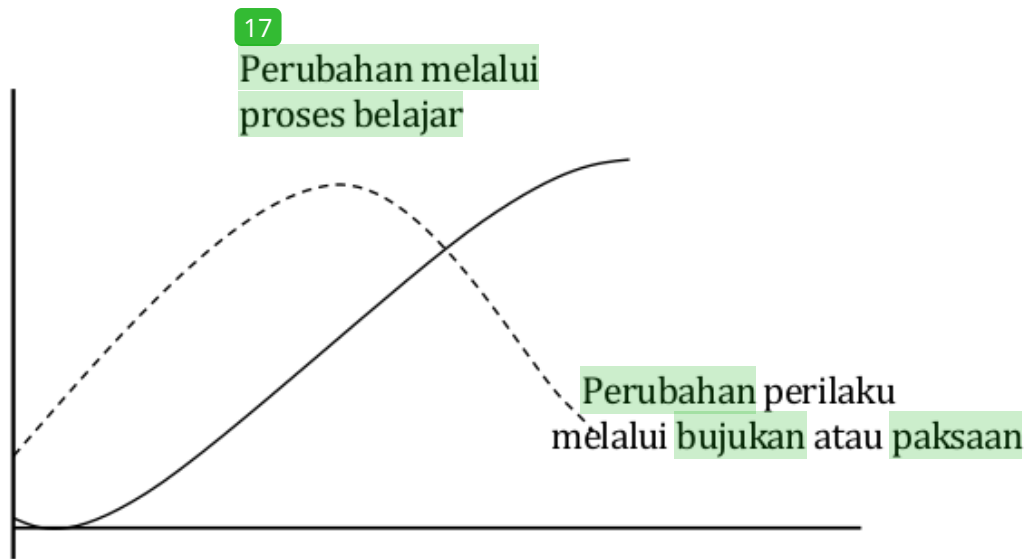
3.3 Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Sebagai Proses

Secara konseptual⁵ pemberdayaan diartikan sebagai upaya dalam pemberian daya (*empowerment*) berasal dari kata power (kekuasaan atau¹⁴ keberdayaan). Menurut (Mardikanto, 2010) pemberdayaan dalam bidang kesehatan dapat diartikan sebagai penyediaan layanan kesehatan dasar yang sifatnya mudah, murah, cepat, dengan memanfaatkan pengobatan modern dan tradisional yang teruji keamanan dan kemanjurannya. ¹⁷elain itu pemberdayaan kesehatan masyarakat tidak lepas dari kemandirian

masyarakat untuk mengorganisir lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM, Dasawisma, PKK, Posyandu, KSM dll) untuk bersama-sama menanggulangi sumber resiko penyakit serta mengakomodir iuran masyarakat untuk kesehatan, termasuk meningkatkan kemampuan untuk memerangi kapitalisasi medik yang lebih menekankan pada pengobatan atau kuratif dibanding pencegahan atau preventif dan promotif. Setidaknya pemberdayaan kesehatan masyarakat lebih diutamakan upaya-upaya promotif, preventif dan selanjutnya kuratif dan rehabilitatif, (Luisi and Hämel, 2020)

Pemberdayaan sebagai proses, merupakan rangkaian kegiatan dengan tujuan untuk memperkuat dan mengoptimalkan keberdayaan (yang sakit segera sembuh, setelah sembuh tetap sehat dan mampu untuk mempertahankan status kesehatannya). Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses dimana masyarakat bisa tau, mau, mampu berprilaku hidup sehat serta komitmen berperilaku hidup sehat. Pemberdayaan masyarakat adalah proses partisipatif yang diberikan kepercayaan dan kesempatan kepada masyarakat untuk mempelajari, mengkaji berbagai tantangan dan hambatan dalam pelaksanaan program kesehatan yang telah direncanakan untuk mengatasi masalah kesehatan di masyarakat.

Proses pemberdayaan kesehatan melalui pendidikan atau pembelajaran seringkali berlangsung lambat, akan tetapi hasil perubahan yang terjadi akan berlangsung lama dan relatif konsisten dan komitmen. Berbeda dengan hasil perubahan perilaku karena prosesnya melalui bujukan atau paksaan, berlangsung cepat akan tetapi konsistensi dan komitmennya bertahan di waktu tertentu, tergantung pada kebutuhan siapa yang menuju atau memaksa.



Gambar 3.2. Proses Perubahan Pada Manusia

Oleh sebab itu setiap kegiatan pemberdayaan kesehatan masyarakat harus melalui pendekatan proses belajar atau ada unsur upaya-upaya pembelajaran di dalamnya atau dalam bentuk pelatihan dll.

Keberhasilan proses pelaksanaan program pemberdayaan kesehatan tidak diukur dari berapa banyak materi atau pembelajaran yang diberikan, akan tetapi seberapa jauh terjadinya proses belajar bersama yang dialogis sehingga mampu meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya menjaga kesehatan serta menumbuhkan kesadaran (sikap) dan menambah keterampilan baru yang mampu mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat untuk melakukan pola hidup sehat secara konsisten. Sehingga pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah proses belajar bersama.

3.4 Pemberdayaan Kesehatan Sebagai Proses Melibatkan Partisipasi Masyarakat

192

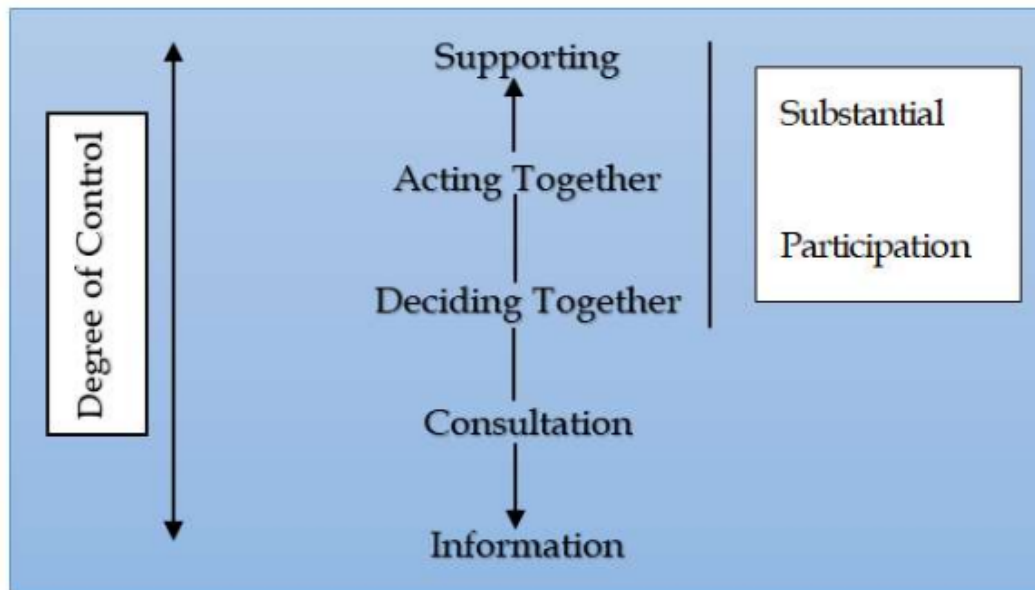
Partisipasi atau peranserta merupakan suatu bentuk keterlibatan dan keikutsertaan baik individu, kelompok maupun masyarakat yang secara aktif dan sukarela berperan dalam seluruh rangkaian kegiatan program, mulai dari pengambilan keputusan dalam penetapan perencanaan, pelaksanaan (pendampingan, pengendalian, ⁸⁵mantauan) serta evaluasi hasil program dan terus pengawasan, baik karena alasan-alasan dari dalam (Intrinsik) maupun alasan dari luar (ekstrinsik).

Bentuk-bentuk partisipasi yang ada di tengah-tengah masyarakat, seperti;

1. Menjadi kader pada kelompok pelaksana program posyandu yang ada di tengah-tengah masyarakat
2. Ikut aktif pada kegiatan pertemuan diskusi kelompok
3. Ikut aktif pada kegiatan/program organisasi yang ada di masyarakat, bahkan mengajak warga lain ikut berperan serta dalam setiap kegiatan.
4. Mampu menggerakkan sumberdaya masyarakat
5. Melibatkan diri dalam proses pengambilan keputusan
6. Ikut aktif dalam mengawasi dan memanfaatkan hasil ketercapaian program.

¹⁶⁵ikut tingkatan atau tahapan partisipasi, antara lain;

1. Memberikan informasi
2. Konsultasi
3. Mengambil keputusan bersama
4. Bertindak bersama
5. Memberikan dukungan



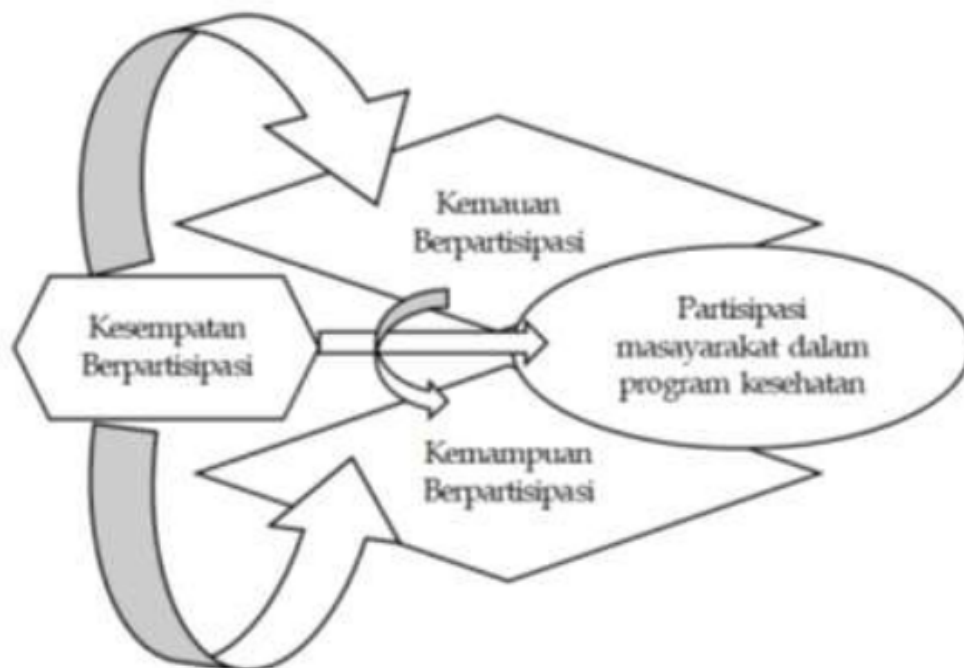
Gambar 3.3. Tingkat Partisipasi

24

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembangnya partisipasi individu, kelompok maupun masyarakat dalam program kesehatan di tengah-tengah masyarakat melalui berbagai pendekatan konseptual disiplin ilmu. Berikut beberapa teori pendekatan dari para ahli.

Menurut (Ir. Hendra Hamid, 2018) partisipasi masyarakat dapat tumbuh dan berkembang ditentukan dari tiga unsur pokok, yakni;

1. Meningkatkan kesempatan dari pemegang program untuk ikut berpartisipasi.
2. Memiliki kemauan untuk berpartisipasi
3. Memiliki kemampuan untuk berpartisipasi



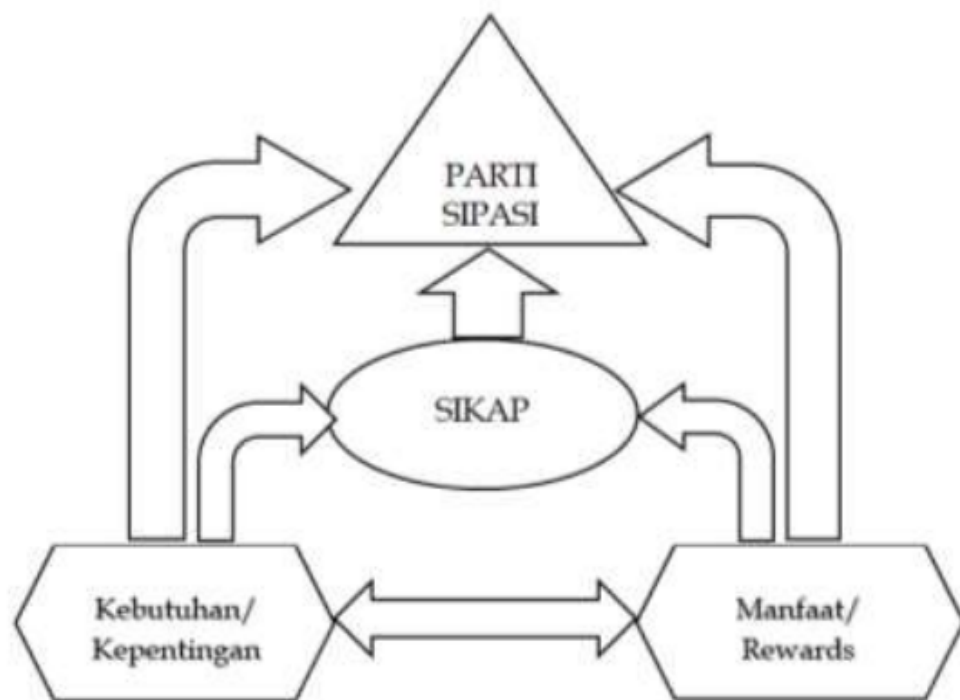
Gambar 3.4. Syarat Tumbu dan Berkembangnya Partisipasi

Pada kenyataannya masih banyak program kesehatan di tengah masyarakat yang kurang memperoleh partisipasi masyarakat baik individu maupun kelompok. Contoh program pencegahan demam berdarah dengue (DBD), dibentuklah kelompok/kader juru pemantau jentik (JUMANTIK), yang memiliki tugas memantau keberadaan nyamuk dan jentik di tempat penampungan air seperti bak penampungan di kamar mandi, tandon, drum atau tempat penampungan lain yang digunakan satu keluarga di masyarakat, selain itu keberadaan barang-barang bekas, seperti kaleng atau plastik bekas yang terisi air, kolam yang ada jentiknya, (Victoria Haldane, 2019)

Jika ditemukan jentik/nyamuk *aedes aegypti* segera dilaporkan ke pemegang program DBD atau petugas kesehatan agar bersama-sama melakukan pemberantasan sarang nyamuk *aedes aegypti* agar tidak terjadi kasus DBD. Pada kenyataannya pasca musim penghujan atau masih musim penghujan kita masih banyak

menemukan beberapa wilayah kerja puskesmas meningkat an²³⁰ penderita DBD, bahkan terjadi kasus kejadian luar biasa (KLB). Hal ini disebabkan tidak adanya partisipasi masyarakat untuk menjadi kader jumantik atau tidak adanya masyarakat yang melaporkan jika ada jentik/ nyamuk *aedes aegypty* di lingkungan tempat tinggalnya. Petugas mengetahui diwilayah kerjanya terjadi kasus DBD setelah ada yang berobat ke puskesmas atau ada informasi dari Klinik atau rumah sakit.

Berikut beberapa teori pengaruh tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, (Rosdiana, 2022)



Gambar 3.5. Faktor-faktor Berpengaruh Terhadap Partisipasi

1. Konsep psikologi, tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat sangat ditentukan oleh motivasi yang melatar belakangnya, contoh ; seorang lansia aktif secara rutin

mengikuti program posyandu lansia yang dilaksanakan sekali setiap bulannya, seperti, pemeriksaan kesehatan, senam lansia, penyuluhan dari tenaga kesehatan dan program lainnya. Motivasi para lansia untuk hadir dan aktif disetiap kegiatan, dilatarbelakangi keinginan untuk tetap bisa hidup sehat, produktif dan mandiri dengan harapan tidak merepotkan keluarganya untuk mengurus dirinya, keberadaannya bisa bermanfaat untuk keluarga dan masyarakat tempat tinggalnya, sehingga bisa menikmati hari tua dengan bahagia.

2. Konsep Sosiologi, pengetahuan, sikap/ persepsi dan perilaku merupakan fungsi dari kepentingan. Seseorang akan meningkatkan pengetahuannya sehingga memiliki sikap dan persepsi yang baik akan pola hidup sehat dan berperilaku hidup sehat untuk mencapai apa yang diinginkan. Contoh, apabila satu keluarga mengalami demam berdarah *denque* (DBD), bahkan ada anggota keluarga yang meninggal. Anggota keluarga tersebut pasti ingin tau apa penyebab DBD, bagaimana cara mengobatinya agar bisa sembuh dan bagaimana cara agar penyakit yang diderita keluarganya tidak terjadi lagi pada mereka. Setelah mengetahui penyebab DBD mereka akan memiliki sikap dan persepsi yang baik terhadap pencegahan DBD, serta mau dan mampu mengajak se¹⁶⁹uh warga untuk melakukan pencegahan DBD 3M Plus, yaitu, menguras penampungan air satu kali setiap satu minggu, menutup tempat penampungan air, mengubur barang-barang bekas, Plus nya antara lain, melakukan gotong royong untuk membersihkan lingkungan, mengg²⁵⁶kan kelambu saat tidur, pemberian abate disetiap tempat penampungan air yang sulit dikuras, menanam tanaman yang dapat menangkal nyamuk dll,

3. Konsep Pendidikan, tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat dalam kesehatan merupakan tanggapan atau respon masyarakat terhadap stimulus atau rangsangan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (nakes), baik dalam bentuk seberapa sering dan efektifnya metode yang digunakan nakes dalam menambah pengetahuan masyarakat, dan juga penyediaan sarana prasarana dan pelayanan kesehatan serta pendampingan dan pembinaan kepada kader serta pemberian *reward* yang diharapkan.
4. Konsep Ekonomi, sangat ditentukan oleh seberapa besar manfaat yang diterima, baik dalam bentuk peluang untuk mencapai tujuan atau keuntungan secara ekonomi maupun non ekonomi seperti, harga diri, kekuasaan, persahabatan dan prestasi.

DAFTAR PUSTAKA

95

Inayati, I. and Nuraini, S. 2021. 'Peran Pemerintah Desa Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Desa Sukajaya Kecamatan Cibitung Kabupaten Bekasi', *Governance*, 9(2), pp. 44–73. doi: 10.33558/governance.v9i2.3164.

186

Ir. Hendra Hamid, M. S. 2018. *Manajemen Pemberdayaan Masyarakat, De La Macca*.

90

Luisi, D. and Hämel, K. 2020. 'Community Participation and Empowerment in Primary Health Care in Emilia-Romagna: A Document Analysis Study', *Health Policy*, 125(2), pp. 177–184. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.11.007.

Mansur. 2022. *Pemberdayaan Masyarakat: Konsep dan Strategi*.

Mardikanto, T. 2010. *Konsep-Konsep Pemberdayaan Masyarakat*.

97 ryan, D. 2020 'Buku Perkembangan Masyarakat', pp. 1–264.

Pebriyani, D. and Hermawan, E. 2021. 'Peran Pemerintah Desa Dalam Pemberdayaan Masyarakat Di Desa Tirtawangunan Kecamatan Sindangagung Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat', *Inovasi Penelitian*, 1(3), pp. 197–206.

25

Pusat Krisis Kesehatan RI. 2015. 'Pedoman Pemberdayaan Masyarakat Dalam Penanggulangan Bencana dan Krisis Kesehatan Pada Masa COVID-19', *Pusat Krisis Kesehatan*. Available at: <https://pusatkrisis.kemkes.go.id/pedoman-pemberdayaan-masyarakat-dalam-penanggulangan-bencana-dan-krisis-kesehatan-pa>.

Rosdiana. 2022. *Dasar Promosi Kesehatan, CV. Kaffah Learning Center*.

86

Victoria Haldane, F. L. H. C. all. 2019. 'Community Participation in Health Services Development: A Systematic Review on Outcomes', *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3), pp. 1–25. doi: 10.1093/eurpub/ckx187.429.

Wijesinghe, C. J. 2018. 'Community Empowerment for Health and Development', *Researchgate.net*, (March), p. 29. Available at: <file:///localhost/Users/sclosser/Documents/Papers/Unknown/2006-1.pdf>.

BAB 4

PENDIDIKAN KESEHATAN

MASYARAKAT

Oleh Syurrahmi

4.1 Pendahuluan

Proses pendidikan kesehatan digunakan untuk memberikan pendidikan di bidang kesehatan. Suatu kegiatan yang berusaha memberikan dan memungkinkan seseorang memperluas pengetahuannya, membangun sikap, dan mampu mengamalkan secara mandiri baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat dengan tujuan meningkatkan dan memelihara kesehatan disebut dengan pendidikan kesehatan. kesehatan orang itu sendiri. (Notoatmodjo, 2013).

Menurut Trisutrisno (2022), proses pembelajaran yang dikenal dengan pendidikan kesehatan digunakan untuk membantu masyarakat dalam mengubah pola perilakunya dari orang yang tidak sehat menjadi orang yang lebih sehat. Beberapa unsur dalam proses pendidikan kesehatan ini antara lain penggunaan pendekatan belajar mengajar, menjaga keputusan untuk mengubah tindakan atau perilaku, dan pendidikan kesehatan yang menekankan pada modifikasi perilaku untuk meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu, tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk memberikan pencerahan kepada masyarakat tentang cara menjaga kesehatannya, cara menghindari atau berhenti melakukan perilaku yang membahayakan kesehatan dirinya sendiri maupun orang lain, ke mana harus berobat jika sakit, dan masalah lainnya. Pendidikan kesehatan yang diberikan akan memicu proses transformasi yang menghasilkan perilaku baru (Ali, 2011).

Ide mendasar di balik pendidikan kesehatan adalah pembelajaran, yang menunjukkan bahwa pendidikan melibatkan proses perubahan atau pertumbuhan menuju individu, kelompok, atau komunitas yang lebih baik dan lebih dewasa. Proses penambahan pengetahuan dan keterampilan seseorang melalui metode atau petunjuk pembelajaran langsung, dengan maksud mengingat detail atau keadaan sebenarnya, dengan menumbuhkan pengarahan diri sendiri, atau dengan aktif menyebarkan pengetahuan atau konsep baru, disebut dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan digunakan untuk memberdayakan masyarakat agar bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dengan mempengaruhi, memungkinkan, dan mendukung keputusan dan perilaku mereka sejalan dengan nilai dan tujuan yang mereka inginkan (Notoadmojo, 2012).

Semua orang ingin sehat, baik muda, tua, dewasa, bahkan balita. Prioritas utama setiap orang adalah kesehatannya, yang dapat dipandang sebagai kebutuhan hidup. Rutinitas akan terganggu oleh seseorang yang sakit atau kesehatannya buruk, bahkan aktivitas mungkin tidak dapat dilakukan sama sekali.

96

4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

13 Tujuan pendidikan kesehatan adalah mendorong dan memelihara perilaku hidup sehat serta berperan proaktif dalam upaya mencapai kesehatan optimal dengan mempengaruhi sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Karena manusia pada umumnya mengubah kehidupannya untuk beradaptasi dengan lingkungannya, tujuan ini dapat dicapai atas dasar bahwa manusia selalu dapat belajar dan berkembang. Landasan inisiatif kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik, spiritual, sosial, dan ekonomi adalah pendidikan kesehatan (Nursalam dan Efendi, 2008).

Secara garis besar tujuan pendidikan kesehatan dapat digolongkan menjadi dua kelompok, yaitu:

4.2.1 Perubahan perilaku menjadi sehat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan untuk menggeser norma-norma masyarakat dari perilaku tidak sehat ke arah perilaku sehat. Kesehatan adalah keadaan sejahtera jasmani, rohani, dan sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup bermanfaat bagi masyarakat dan perekonomian, sesuai dengan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009.

4.2.2 Budaya mempengaruhi perubahan perilaku

Budaya mengacu pada standar, nilai, dan praktik. Perilaku dan sikap merupakan unsur alamiah kebudayaan masyarakat. Pendidikan kesehatan memodifikasi perilaku yang spesifik secara budaya (Ahmadi dan Supriyono, 2012).

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan guna meningkatkan perilaku sehat yang akan meningkatkan tingkat kesehatan sosial, mental, dan fisik serta meningkatkan produktivitas ekonomi dan masyarakat.

4.3 Pendidikan kesehatan memiliki ruang lingkup

Fitriani (2011) menyatakan ada tiga cara untuk melihat luasnya pendidikan kesehatan, yaitu;

4.3.1 Dimensi Pengukuran sasaran

1. Individu merupakan khalayak yang dituju untuk pendidikan kesehatan.
2. Pendidikan kesehatan bagi organisasi yang fokus pada kelompok masyarakat tertentu.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan penekanan pada masyarakat luas.

4.3.2 Dimensi lokasi pelaksanaan

1. 13 mah sakit memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya.
2. Sasaran utama pendidikan kesehatan di sekolah adalah siswa.
3. Pendidikan kesehatan bagi pekerja atau pekerja yang terkena dampak di tempat kerja atau masyarakat (Purwanto, 2009).

4.3.3 Elemen tingkat pelayanan kesehatan

1. Promosi kesehatan melalui pengajaran kesehatan. Misalnya, perbaikan pola makan, kebersihan lingkungan, gaya hidup, dan faktor lainnya termasuk dalam kategori ini.
2. Pendidikan kesehatan untuk keamanan ekstra. Pemberian vaksinasi adalah salah satu contoh dari dimensi ini.
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan terapi yang sesuai). Misalnya, dalam dimensi ini, menerima perawatan terbaik dapat mengurangi kemungkinan terjadinya gangguan.
4. Pendidikan kesehatan untuk pemulihan (*Recovery*). Misalnya pada dimensi ini, dengan mengoreksi keadaan cacat melalui latihan tertentu.

14

Berdasarkan lima tingkat pencegahan *Leavel dan Clark*, berikut dimensi derajat pelayanan kesehatan yang dapat 34 erapkan dalam pendidikan kesehatan:

1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Perbaikan gizi, gaya hidup, kebersihan lingkungan, kebersihan diri, dan bidang lainnya penting pada tingkat pendidikan kesehatan.

2. Pertahanan Khusus (Pertahanan Khusus)

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam 75 rogram imunisasi sebagai layanan perlindungan yang unik, terutama

di negara-negara miskin. Hal ini disebabkan rendahnya tingkat kesadaran masyarakat mengenai pentingnya imunisasi sebagai bentuk pencegahan penyakit baik bagi orang dewasa maupun anak-anak.

3. Deteksi dini dan pertolongan medis cepat (Deteksi Dini dan Perawatan ⁷⁵is Segera)

Minimnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan dan penyakit menyebabkan identifikasi penyakit di masyarakat seringkali sulit dilakukan..

4. Pembatasan Bagi Penyandang Disabilitas

Karena kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit, banyak orang berhenti menerima terapi sebelum terapi selesai. Dengan kata lain, mereka tidak melakukan analisis dan terapi penyakit secara menyeluruh. Orang tersebut mungkin menjadi cacat permanen atau cacat akibat pengobatan yang tidak tepat dan tidak memadai.

5. Rehabilitatif (Rehabilitatif)

Kadang-kadang orang menjadi cacat bahkan setelah mereka sembuh dari penyakit tertentu. Terkadang latihan khusus diperlukan untuk memulihkan gangguan tersebut. Pendidikan kesehatan diperlukan agar orang tersebut dapat melakukan latihan yang disarankan karena kurangnya pemahaman dan kesadaran (Zaidin, 2010).

66

4.3.4 Dimensi tempat pelaksanaan

1. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien dan keluarga.
2. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasarannya adalah pelajar atau murid.
3. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasarannya adalah pekerja atau karyawan yang bersangkutan (Purwanto, 2009).

4.3.5 Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

1. Promosi kesehatan melalui pengajaran kesehatan. Misalnya, perbaikan pola makan, kebersihan lingkungan, gaya hidup, dan faktor lainnya termasuk dalam kategori ini.
2. Pendidikan kesehatan untuk keamanan ekstra. Pemberian vaksinasi adalah salah satu contoh dari dimensi ini.
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan terapi yang sesuai). Misalnya, dalam dimensi ini, menerima perawatan terbaik dapat mengurangi kemungkinan terjadinya gangguan.
4. Pendidikan kesehatan untuk pemulihan (*Recovery*). Misalnya pada dimensi ini, memperoleh kembali keadaan cacat dengan melakukan aktivitas tertentu.

4.4 Upaya pendidikan kesehatan

Agar tidak membingungkan peserta ketika memberikan pendidikan kesehatan, kita harus merencanakan dengan matang dan menentukan apakah layanan yang akan kita berikan diperlukan bagi masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak akan berhasil jika langkah-langkah pelaksanaannya tidak diikuti. Langkah-langkah tersebut adalah:

4.4.1 Pedoman pendidikan kesehatan

Swanson dan Nies menyatakan bahwa ada beberapa tindakan yang harus dilakukan dalam rangka melaksanakan pendidikan kesehatan dalam Nursalam dan Efendi (2018), antara lain:

Tahap I : Perencanaan dan pemilihan strategi

Fase ini berfungsi sebagai landasan strategi komunikasi yang akan digunakan oleh pendidik kesehatan, dan juga merupakan langkah penting dalam menentukan tujuan atau pesan yang ingin dikomunikasikan serta kebutuhan pendidikan sasaran peserta didik. Pada tahap ini perawat perlu melakukan tindakan sebagai berikut:

1. Periksa informasi mengenai kesehatan, keluhan, literatur, media, dan otoritas lokal.
2. Gunakan kelompok fokus dan wawancara untuk mengumpulkan informasi segar mengenai kesulitan.
3. Membedakan kebutuhan sasaran dan persepsi masalah kesehatan, termasuk identifikasi sasaran.
4. Produksi data kesehatan.
5. Ciptakan tujuan yang terikat waktu, diprioritaskan, terperinci, dan dapat dilaksanakan.
6. Mengevaluasi sumber daya yang dapat diakses (finansial, fisik, dan manusia).

Tahap II : Pemilihan media

Langkah pertama yang dijelaskan di atas membantu dalam memilih saluran dan sumber daya yang sesuai untuk audiens yang dituju. Kegiatan masyarakat yang sudah ada dapat dijadikan saluran. Sedangkan zat yang digunakan dimodifikasi berdasarkan kemampuan sasaran. Tugas yang harus diselesaikan adalah :

1. Identifikasi pesan dan media yang digunakan.
2. Gunakan media yang sudah ada atau menggunakan media baru dan memilih saluran dan caranya.

Tahap III: Pengembangan materi serta uji coba

Konten yang ada perlu dievaluasi atau diperiksa untuk melihat apakah konten tersebut mencapai target dan mendapatkan spons. Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam situasi ini adalah::

1. Mengembangkan materi yang relevan sesuai dengan sasaran.
2. Menguji terlebih dahulu materi dan media yang ada. Hasil uji coba akan membantu apakah meningkatkan pengetahuan, dapat diterima, dan sesuai dengan individu.

Tahap IV: Implementasi

Pada fase yang disebut implementasi pendidikan kesehatan ini, tugas-tugas berikut harus diselesaikan:

1. Bekerja sama dengan organisasi masyarakat yang ada untuk memperbaikinya
2. Melacak kemajuan dan menilai kegiatan yang dilakukan. mengevaluasi keberhasilan kampanye dan pesan sehubungan dengan perubahan perilaku yang diinginkan.
3. Evaluasi kinerja rencana dipusatkan pada kriteria jangka panjang atau pendek yang telah ditetapkan. Evaluasi prosedur dan hasil merupakan tindakan yang perlu..

Tahap V: Umpan balik untuk evaluasi program

Tindakan ini diperlukan sebagai dampak dari pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Apakah isi pesan perlu diubah, dan apakah pesan tersebut memenuhi tuntutan khalayak sasaran? Informasi dapat memungkinkan adanya perubahan dan memberikan gambaran umum tentang kekuatan-kekuatan yang telah digunakan. Tindakan berikut perlu diambil:

1. Kaji ulang tujuan, sesuaikan dengan kebutuhan.
2. Modifikasi strategi bila tidak berhasil.
3. Lakukan kerjasama lintas sektor dan program.
4. Catatan perkembangan dan evaluasi terhadap pendidikan kesehatan yang telah dilakukan.
5. Pertahankan alasan terhadap upaya yang akan dilakukan.
6. Hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan.

4.5 Strategi Pendidikan Kesehatan

Salah satu strategi informasi yang digunakan dalam lingkungan pendidikan kesehatan adalah untuk menggambarkan sifat, ruang lingkup, dan kegiatan organisasi yang dapat memberikan pengalaman belajar kepada klien. Teknik pendidikan

kesehatan juga dapat mencakup sumber daya atau paket pendidikan kesehatan selain kegiatan protocol (Ririn, 2013).

Sasaran Kesehatan masyarakat terbagi menjadi 3 tingkatan, yaitu:

1. Individu

Individu Salah satu anggota keluarga adalah orang atau dapat diartikan sebagai pribadi. Anggota keluarga yang lain akan terkena dampak secara fisik, mental, dan sosial jika salah satu anggota keluarga (orang) mengalami gangguan kesehatan.

2. Tingkat keluarga

Keluarga Kelompok sosial terkecil adalah keluarga. Masalah kesehatan yang mempengaruhi satu atau lebih keluarga akan berdampak baik pada individu yang terkena dampak maupun keluarga secara keseluruhan. Kepala rumah tangga dan setiap anggota keluarga yang tinggal bersama dalam satu rumah karena ikatan darah, perkawinan, atau adopsi merupakan suatu keluarga.

3. Tingkat kelompok khusus

Kelompok dengan masalah kesehatan tertentu, baik sehat maupun sakit. Kelompok khusus adalah orang-orang yang memiliki karakteristik yang sama seperti jenis kelamin, usia, masalah, dan kegiatan terorganisir yang membuat mereka rentan terhadap masalah kesehatan.

4.5.1 Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

1. Menciptakan suasana yang bersahabat dengan bersikap mudah didekati, sopan dan menarik.
2. Dengan menggunakan cara yang jelas dan dapat diterima untuk menyajikan gambar, jelaskan topik yang akan diilustrasikan.
3. Berikan tekanan yang dianggap penting dengan mengulangi tujuan untuk memastikan tujuan tersebut dipahami secara menyeluruh dan mudah diingat.

27

4. Memberikan kesempatan kepada berbagai khalayak sasaran untuk mendemonstrasikannya seperti yang dilakukan pembicara.
5. Terbuka terhadap kemungkinan tanya jawab.

21

4.5.2 Penilaian Keberhasilan demonstrasi

Keberhasilan dapat dilihat dari: 1) Banyaknya pertanyaan tentang materi dan prosedur yang didemonstrasikan dan jawaban yang diberikan dapat memuaskan sasaran 2) Adanya permintaan untuk melaksanakan demonstrasi serupa atau yang lain dengan sasaran yang sama atau yang lain 3) Nampak kepuasan dari sasaran setelah demonstrasi dilakukan 4) Adanya laporan bahwa apa yang didemonstrasikan dapat dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari.

4.6 Metode Pendidikan Kesehatan

4.6.1 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi :

1. Metode pendidikan individu

Dengan teknik khusus ini, dapat memengaruhi perilaku seseorang atau membantu seseorang yang sudah mulai menunjukkan minat untuk mengubah perilakunya. Taktik ini dapat digunakan oleh:

- a. Konseling dan menasihati (kadang disebut konseling dan bimbingan). Dalam metode ini, keluarga dan polisi dapat berkomunikasi lebih sering. Pelanggan yang memahami dan menyetujui perilaku ini
- b. Petugas mewawancarai klien untuk mengumpulkan informasi, menilai keinginan mereka untuk berubah, dan memastikan apakah perilaku yang tepat didukung oleh pemahaman atau alasan yang jelas.

2. Metode pendidikan kelompok

Strateginya ditentukan oleh ukuran dan pendidikan formal maupun non formal. Pada metode ini dibagi menjadi kelompok besar dan kelompok kecil.

a. Kelompok besar

Kelompok besar adalah kelompok yang memiliki lebih dari 15 peserta dalam sesi. Untuk kelompok besar, seminar dan ceramah merupakan metode pengajaran yang efisien. Entah audiensnya berpendidikan tinggi atau tidak, ceramah adalah taktik yang berhasil. Seminar, yang mencakup ceramah oleh satu atau lebih profesional mengenai topik yang menarik dan relevan, mungkin berguna bagi audiens dengan pendidikan menengah.

b. Kelompok kecil

Kelompok kecil disini jika Jumlah sasaran kurang dari 15 orang, metode yang cocok untuk kelompok bias dilakukan dengan diskusi kelompok, Curah pendapat (brain storming), Bola salju, dan Memainkan peran.

148

4.6.3 Pendidikan kesehatan melalui media

Media pendidikan kesehatan pada dasarnya adalah alat pengajaran yang menggunakan gambar audio, visual, audio visual, dan fotografi. Dikenal sebagai media pendidikan karena sumber daya ini merupakan saluran untuk menyebarkan informasi kesehatan dan membantu masyarakat umum atau klien mengadopsi sumber daya tersebut.

Pesan dikomunikasikan melalui media. Dengan menggunakan media, pesan dapat disampaikan kepada khalayak dengan cara yang mudah dipahami. berdasarkan peran media sebagai penyalur informasi kesehatan. Media cetak, elektronik, dan billboard merupakan tiga jenis media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan.

Pemilihan metodologi pelatihan yang tepat merupakan salah satu unsur yang mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan. Pengelompokan peserta sebagian besar dapat digunakan untuk menentukan pilihan metode pembelajaran. Pisahkan pendekatan pembelajaran menjadi tiga kategori: individu, kelompok, dan massal.

Untuk meningkatkan kesadaran khalayak sasaran yang diharapkan dapat mempengaruhi perilakunya secara positif terhadap kesehatannya, komunikator harus menggunakan segala sarana komunikasi yang dapat diakses. Agar target dapat memperluas pengetahuannya dan pada akhirnya mempengaruhi perilakunya dengan cara yang menguntungkan kesehatannya, komunikator harus menggunakan semua media yang tersedia, termasuk media cetak, elektronik, dan luar ruangan. Media meliputi publikasi antara lain surat kabar, majalah, radio, televisi, film, poster, dan spanduk sebagai alat (metode) komunikasi (Trisutrisno, dkk 2022).

Semakin banyak indera yang digunakan maka pemahaman atau pengetahuan semakin diperoleh dan menjadi lebih jelas. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya alat bantu pendidikan, sangat penting untuk menggunakan sebanyak mungkin indera pada suatu objek untuk mendorong pembelajaran. Berdasarkan cara penyebaran informasi kesehatannya, media ini dibedakan menjadi media cetak, elektronik, dan papan, menurut Notoatmodjo (2014).

1. Media Cetak

Komunikasi visual, yang seringkali terdiri dari banyak frasa, gambar, atau foto cerah, sangat ditekankan dalam media jenis ini. Media cetak memiliki beberapa manfaat, antara lain dapat diandalkan, terjangkau, portabel, tidak memerlukan listrik, memfasilitasi pemahaman, dan mungkin memicu minat dalam kegiatan akademis. Media cetak memiliki berbagai manfaat, antara lain tahan lama,

menjangkau khalayak luas, murah, tidak memerlukan listrik, mudah dibawa-bawa, dan memudahkan pemahaman informasi. Selain itu, media cetak memiliki sejumlah kelemahan, termasuk ketidakmampuan merangsang efek suara dan gerakan serta kemudahan melipatnya. Media cetak juga tidak efektif bagi khalayak yang memiliki gangguan penglihatan, dan akan menjadi tantangan bagi khalayak yang memiliki kelemahan.

Ada banyak cara menggunakan media cetak untuk menyebarkan pesan-pesan terkait kesehatan, antara lain sebagai berikut:

a. Bookler

Bookler adalah platform untuk menyebarkan pesan terkait kesehatan melalui buku yang mencakup konten tertulis dan visual. Dengan memasukkan pesan-pesan kesehatan ke dalam buklet, praktisi kesehatan dapat memanfaatkannya sebagai alat promosi kesehatan tanpa harus bersusah payah menjelaskannya secara berurutan atau sering.

Keefektifan biaya dari buklet merupakan suatu keuntungan. Karena pembuatan media booklet tidak memerlukan biaya produksi yang besar, maka para praktisi kesehatan yang ingin menggunakan booklet sebagai alat promosi kesehatan dapat melakukannya tanpa harus mengeluarkan banyak biaya, namun tetap akan mengalami ketidakseimbangan yang cukup besar. Tersedia ruang dengan harga wajar dan biaya produksi rendah karena produksi buklet tidak memerlukan kertas mahal.

Para profesional kesehatan bahkan dapat membuat daftar semua tahapan atau proses yang terlibat dalam penerapan praktik gaya hidup sehat serta manfaatnya (sebuah gerakan yang dikenal sebagai komunitas

hidup). Pemahaman masyarakat terhadap desainnya sederhana dan menarik. Untuk menarik khalayak sasaran promosi kesehatan, buklet dapat dibuat dengan cara yang paling menarik. Cara media dirancang dalam menarik perhatian masyarakat sebagai calon konsumen informasi kesehatan. Orang yang tertarik dengan desain media akan tertarik untuk melihat dan membaca.

Bahasa yang digunakan dalam ebook ini lugas dan tidak rumit. Masyarakat akan langsung memahami isi buklet tersebut. Masyarakat lebih mudah menerima informasi jika disajikan dengan bahasa yang mudah dipahami, oleh karena itu semakin drastis perubahan perilakunya maka semakin baik. Masyarakat pada akhirnya informasi tersebut sampai pada kesimpulan bahwa modifikasi perilaku yang disarankan oleh petugas kesehatan bermanfaat dan perlu bagi masyarakat.

Dengan mendistribusikan buklet ini ke satu komunitas, dapat mempromosikannya ke komunitas lain dan memicu minat mereka. Mereka yang telah membaca informasi dalam buklet ini dapat membagikannya kepada teman atau keluarganya dengan membawa brosur tersebut. Kelemahan buklet ini adalah peredarannya yang terbatas sehingga tidak dapat dibagikan secara luas ke seluruh masyarakat. Karena proses transmisi tidak dilakukan secara langsung, maka feedback dari objek kepada pembawa pesan tidak tertunda secara instan. Memerlukan pengerahan personel dalam jumlah besar dan tidak dapat menghasilkan efek suara serta mudah robek atau rusak.

b. Leaflet (selebaran)

Pada umumnya pamflet yang berisi materi-materi yang disampaikan pada saat pendidikan kesehatan dengan metode ceramah akan disebarakan bersamaan dengan penyampaian pendidikan kesehatan dengan teknik ceramah. Informasi singkat mengenai suatu permasalahan disajikan dalam selebaran, misalnya uraian mengenai pengolahan udara di tingkat rumah tangga atau uraian tentang tuberkulosis paru dan cara pencegahannya. Selebaran biasanya berukuran 20 × 30 cm, dengan 200–400 kata ditampilkan dalam bentuk berlipat.

Anda bisa membuat brosur sendiri dengan menggunakan berbagai alat yang mudah, seperti fotokopi. Sebelum menggunakan brosur untuk meningkatkan kesehatan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pembuatannya, antara lain:

- 1) Identifikasi audiens yang ingin Anda tarik dan sertakan tujuan pembuatan brosur.
- 2) Cantumkan bahasa yang sesuai tentang topik yang ingin Anda liput dalam pamflet.
- 3) Mengumpulkan informasi tentang topik yang akan dibahas
- 4) Menyusun konsep penyajian pesan, termasuk gaya penulisan, visual, dan tata letaknya.

Keuntungan dari selebaran sebagai alat promosi kesehatan meliputi kesederhanaan dan biaya rendah, kemampuan bagi pengguna untuk menyesuaikan dan mempelajari isinya pada waktu mereka sendiri, kemampuan untuk melihat isinya di waktu luang mereka, dan kemampuan untuk berbagi informasi dengan keluarga dan teman-teman. Selain itu, selebaran mungkin berisi informasi yang terbatas. Anggota kelompok sasaran dapat memberikan atau membaca berbagai informasi

sehingga dapat diperdebatkan dan memberikan informasi rinci yang tidak dapat disampaikan secara lisan.

Kelemahan dari leaflet sebagai media promosi kesehatan antara lain harganya yang mahal, diproduksi secara massal dan tidak sesuai untuk semua orang, serta adanya barang komersial yang disertai iklan. Orang-orang ragu untuk menyimpan cetakan yang tidak menarik. Kebanyakan orang enggan membacanya, apalagi jika tata letaknya jelek dan hurufnya terlalu kecil. Masyarakat yang buta huruf atau memiliki kemampuan membaca yang rendah tidak dapat menggunakan brosur (Siregar, 2020).

c. Poster

Poster adalah bahan cetakan yang memuat pesan atau informasi terkait kesehatan. Poster adalah lembaran kertas besar berisi teks, gambar, atau simbol lain yang biasanya berukuran lebar 60 cm dan tinggi 90 cm. Perusahaan dagang sering kali menggunakan poster untuk mempromosikan barang dagangan mereka dan memperkuat ide-ide yang telah disebarkan melalui bentuk komunikasi massa lainnya. Menurut Sadiman (2014), poster sangat penting untuk menyampaikan pesan tertentu serta mampu mendorong dan berdampak pada perilaku orang yang melihatnya.

Tempat-tempat yang syarat memasang poster dapat dengan mudah dilihat oleh banyak orang antara lain zona naik dan turun bus, area pasar, ruang konferensi, dan madding taman kota. Anda harus mendapatkan izin sebelum menggantung poster apa pun selama proses pemajangannya.

Selain itu, membuat poster di rumah merupakan pilihan yang murah. Keunggulan poster dibandingkan bentuk media lainnya antara lain daya tahannya,

kemampuannya menjangkau khalayak luas, keterjangkauan, tidak memerlukan listrik, mudah dibawa, kemampuan menyampaikan rasa keindahan, kemudahan pemahaman, dan kemampuan membangkitkan minat belajar dan membaca.

Kelemahan poster selain kemudahan kelipat dan ketidakmampuan menimbulkan efek suara atau gerakan. Poster komersial berukuran besar, digunakan untuk khalayak kecil, mudah dihancurkan dan diabaikan, menghabiskan banyak uang untuk menghasilkan bahan berkualitas tinggi, dan digunakan untuk khalayak terbatas. Selain itu, poster biasanya dibeli dengan harga tinggi.

d. Flyer (selebaran)

Selebaran ini tidak memiliki dua sisi dan bentuknya a-kira sama dengan leaflet. Selebaran ini biasanya digunakan dalam suatu acara untuk menyebarkan pesan kepada peserta agar mereka tidak menimbulkan banyak pertanyaan.

e. Flip chart (lembar balik)

Flipchart digunakan sebagai media penyampaian pesan atau informasi kesehatan. biasanya berbentuk buku dengan gambar demonstratif di setiap halamannya dan pesan atau informasi tentang gambar tersebut di bagian belakangnya.

f. Rubrik atau tulisan

Menulis artikel untuk publikasi yang menyentuh topik terkait prombel kesehatan.

g. Foto

Pesan yang direpresentasikan dalam visualisasi gambar akan dikomunikasikan menggunakan gambar yang memberikan informasi kesehatan. Pesan dalam foto tidak semuanya dapat dipahami oleh semua orang,

bahkan tidak menutup kemungkinan penonton akan menafsirkan isi foto secara berbeda sehingga menimbulkan persepsi tersendiri antara penonton dan pengirim pesan dalam foto.

2. Media berupa Elektronik

Media ini bersifat aktif dan dinamis, dan dapat dilihat dan didengar dengan menggunakan alat-alat teknologi. Manfaat penggunaan media elektronik antara lain lebih mudah diakses, lebih menarik, dikenal masyarakat umum, tatap muka, melibatkan panca indera, terkendali, dapat diulang, dan memiliki khalayak yang lebih luas. Kelemahan dari media ini antara lain harganya yang lebih mahal, kompleksitasnya, kebutuhan listrik dan peralatan khusus untuk manufaktur, persiapan yang cermat, peralatan yang selalu berkembang dan berubah, serta kebutuhan akan keterampilan penyimpanan dan pengoperasian.

Media elektronik dapat digunakan untuk menyebarkan berbagai pesan atau informasi kesehatan, seperti:

a. Televisi

Penyampaian pesan atau pemberian akses informasi kesehatan melalui media televisi dapat berupa radio, sinetron, forum debat masalah kesehatan, pidato (ceramah), iklan TV, kuis, dan lain-lain. Karena televisi akan menayangkan gambar bergerak disertai suara untuk memudahkan pemirsa memahami konten yang diberikan, media televisi merupakan instrumen yang sangat berhasil dalam menyebarkan pesan kepada masyarakat.

Fakta bahwa televisi bersifat langsung dan autentik, serta merupakan media yang menarik, semuanya memberikan keuntungan bagi televisi. Harga televisi yang terbilang mahal, komunikasi yang bersifat satu

arah, waktu tayang, jadwal pelajaran di sekolah yang sulit untuk diikuti, merupakan beberapa kelemahan televisi.

b. Slide

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan informasi tentang kesehatan atau pesan. Proyektor slide adalah perangkat yang memproyeksikan media slide, yaitu media visual. Media slide memiliki manfaat sebagai berikut:

- 1) Dapat dicampur dengan elemen pendengaran untuk meningkatkan pemahaman dan retensi pesan yang diberikan.
- 2) Gunakan warna-warna cerah dan gambaran nyata untuk menarik minat dan perhatian pemirsa.
- 3) Ukurannya yang kecil membuat penyimpanan menjadi sederhana.
- 4) Walaupun mempunyai keterbatasan, realitas masa kini
- 5) Menyajikan data, mengemukakan kekhawatiran, dan memamerkan data yang bergam
- 6) Mendorong percakapan tentang sikap dan perilaku
- 7) Cocok untuk sasaran dalam jumlah besar
- 8) Efektif untuk berbagai sasaran
- 9) Relatif terjangkau dan mudah dibuat.
- 10) Slide dapat diubah untuk mencapai tujuan
- 11) Keterampilan belajar mandiri yang memungkinkan adanya modifikasi

Salah satu kelemahan perosotan sebagai alat promosi kesehatan adalah harga peralatannya yang mahal dan listrik yang dapat padam.

c. Radio

Banyak orang yang mengandalkan audio atau suara memanfaatkan radio sebagai cara menyebarkan pesan.

Karena khalayak tidak dapat memberikan masukan terhadap pesan setelah menerimanya, maka penyampaian radio sangat efektif untuk himbauan dan pemberitahuan. Kini setelah beberapa stasiun radio mempunyai programnya sendiri yang khusus membahas kesehatan, radio telah muncul sebagai media yang potensial untuk menyebarkan pesan-pesan kesehatan.

Informasi atau pesan kesehatan dapat disampaikan melalui radio dengan berbagai cara, misalnya ceramah dengan tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, iklan, dan lain-lain. Keuntungan media radio meliputi biaya yang relatif rendah, portabilitas, dan kemampuan merekam dan memutar ulang program.

d. Video

Video dapat digunakan untuk menyampaikan data atau pesan kesehatan. Pembuatan video mempunyai tujuan; misalnya video cerita bertujuan untuk menceritakan sebuah kisah, dokumenter bertujuan untuk mendokumentasikan suatu peristiwa atau peristiwa dalam kehidupan, dan presentasi video bertujuan untuk menyampaikan informasi atau ide. Karena video analog adalah kreasi bisnis pertelevisian, maka video analog menjadi hal yang lumrah di televisi. Video Digital adalah standar industri untuk data digital karena merupakan produk sampingan dari industri komputer.

Kelemahan video sebagai alat untuk meningkatkan kesehatan meliputi:

- 1) Keterlibatan audiens jarang dilakukan, dan perhatian audiens sulit untuk dipahami.
- 2) Untuk mengatasi sifat komunikasi satu arah, bentuk umpan balik yang lain harus dicari.

- 3) Kurang mampu menampilkan detail halus dari objek yang digambarkan secara presisi
- 4) Memerlukan peralatan yang mahal dan canggih
- 5) Peralatan dan listrik mahal
- 6) Ada kesulitan kompatibilitas peralatan dan jenis video.
- 7) Pedoman untuk menyadap acara TV terkadang tidak jelas dan mungkin hanya ada sedikit pengecualian.
- 8) Jumlah penonton dibatasi oleh tampilan kecil

e. Film

Pesan-pesan kesehatan juga dapat disampaikan melalui strip film. Media proyeksi visual senyap yang disebut strip film sangat mirip dengan media slide. Sederhananya, bentuk media ini terdiri dari sejumlah film yang berfungsi sebagai satu kesatuan, yang disatukan satu sama lain untuk membentuk sebuah serial.

3. Media Luar

Media yang menyiarkan pesannya di luar disebut media luar ruang. Media cetak atau elektronik dapat digunakan untuk iklan luar ruang, seperti baliho, spanduk, pameran, spanduk televisi layar lebar, dan spanduk dengan teks, slogan atau logo. Keunggulan media ini adalah aksesibilitasnya, minat sebagai sumber pengetahuan umum dan hiburan, sifat tatap muka, keterlibatan panca indera, penyajian terkendali, dan khalayak yang cukup luas. Kelemahan dari media ini mencakup biaya yang lebih besar, sedikit kerumitan, kebutuhan akan peralatan manufaktur yang canggih, perencanaan yang matang, peralatan yang terus berkembang dan berubah, serta kebutuhan akan keterampilan penyimpanan dan pengoperasian.

4.7 Proses Pendidikan Kesehatan

Proses personal adalah sistem atau proses yang mempengaruhi perubahan kemampuan terkait dengan pembelajaran. Proses pembelajaran merupakan prinsip utama pendidikan kesehatan. Ada tiga perhatian utama dalam aktivitas: asupan, proses, dan hasil. Ada beberapa permasalahan pokok dalam proses pembelajaran ini, antara lain:

4 Ada tiga permasalahan pokok dalam kegiatan yaitu masukan (*input*), prosedur, dan keluaran (*output*). Komentar pribadi tentang subjek atau tujuan pembelajaran itu sendiri, dengan berbagai latar belakang. Proses pribadi adalah mekanisme atau prosedur yang digunakan untuk mengubah kapasitas belajar seseorang. 222 Proses pembelajaran merupakan prinsip utama pendidikan kesehatan. Ada beberapa hal yang menjadi perhatian utama dalam proses pembelajaran ini, antara lain:

4.7.1 Persoalan masukan (*input*)

Menciptakan sasaran pembelajaran (*teaching target*), seperti masyarakat, komunitas, dan kelompok dengan berbagai latar belakang dan mereka yang belajar secara mandiri. Ini termasuk usia individu, pendidikan, pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Proses pembelajaran menggunakan input instrumental, yang meliputi program pembelajaran, bahan pembelajaran, staf pengajar, alat pembelajaran, fasilitas pembelajaran, dan media pembelajaran. Lingkungan untuk belajar, termasuk lingkungan fisik dan sosial.

4.7.2 Persoalan proses belajar

Mekanisme dan interaksi yang mengarah pada modifikasi perilaku (bakat) dalam konteks pembelajaran. Mata pelajaran pembelajaran lainnya, instruktur (pendidik dan fasilitator), metodologi, prosedur pembelajaran, alat bantu pembelajaran, dan isi atau materi yang dipelajari merupakan beberapa aspek berbeda

yang mempunyai pengaruh timbal balik selama proses tersebut (Fitriani dan Sinta, 2011).

4

4.7.3 Persoalan keluaran (output)

Merupakan hasil akhir dari pembelajaran itu sendiri, khususnya berupa kemampuan atau perubahan tingkah laku siswa yang telah mempelajari pelajaran tersebut. Terjadi proses berurutan yang dikenal dengan tahapan AIE¹⁵² (Awereness, Interest, Evaluation, Trial, dan Adoption) sebelum orang mengadopsi kebiasaan baru dalam diri orang tersebut. Berikut tahapan-tahapan tersebut:

1. Fase Awereness (Kesadaran)

Orang-orang sudah mengetahui konsep-konsep baru pada saat ini, namun mereka hanya memperoleh sedikit informasi. Dengan demikian, individu sadar dalam arti pertama kali menjumpai stimulus (objek).

2. Fase Interest (Expression of Interest)

Masyarakat kini mulai tertarik pada inovasi dan mencari informasi lebih lanjut tentang masalah ini. Ketika konsumen mencari informasi melalui sumber media yang biasa mereka gunakan, minat terhadap stimulus akan muncul pada saat ini.

3. Fase Evaluation (Penilaian)

Konsumen menerapkan produk baru terlebih dahulu menggunakan keahlian mereka dan mengevaluasinya berdasarkan keinginan dan harapan mereka sebelum memutuskan untuk mencobanya. Konsumen juga akan membedakan suatu produk dengan produk pesaing sebelum memutuskan apakah akan mencobanya.

4. Fase Trial (Percobaan)

Orang-orang menggunakan atau menguji inovasi (barang baru) pada tahap ini untuk memastikan inovasi tersebut bermanfaat dan dapat memenuhi harapan mereka. Jadi

seseorang sudah mulai bereksperimen dengan perilaku baru..

5. Tahap *Adaption* (Penerimaan)

Pada tahap ini, masyarakat akan memilih untuk menggunakan suatu produk atau tidak berdasarkan penilaian mereka terhadap produk tersebut setelah mencobanya dan merasakan hasilnya. pemahaman mereka tentang, sikap terhadap, dan respons terhadap stimulus.

Rogers menyimpulkan dari penelitiannya bahwa modifikasi perilaku tidak selalu mengikuti jalur ini. Agar perilaku baru yang diadopsi atau perilaku yang sudah ada yang diterapkan melalui proses tersebut dapat bertahan lama (*long apply*), maka informasi, kesadaran, dan sikap positif harus diterapkan. Namun jika tidak didukung dengan ilmu dan pemahaman maka tidak akan bertahan lama (Rogers, 1986 dalam buku Suryani, 2013).

4.8 Pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor

Pendidikan kesehatan harus memperhatikan beberapa variabel agar dapat mencapai tujuannya (Saragih, 2010), antara lain:

4.8.1 Tingkat Pendidikan

Cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang dipelajarinya mungkin dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya. Oleh karena itu, kemampuan seseorang untuk belajar ditingkatkan melalui pendidikan.

4.8.2 Tingkat Sosial dan Ekonomi

Dengan meningkatnya peringkat sosial, mempelajari informasi baru menjadi lebih mudah bagi individu.

4.8.3 Praktik-praktik lokal Masyarakat atau Adat istiadat

Masyarakat tetap menjunjung tinggi adat istiadat dan berpikir bahwa adat istiadat tidak boleh diabaikan.

4.8.4 Kepercayaan Masyarakat

Karena sudah ada kepercayaan masyarakat terhadap penyiar informasi, maka individu akan lebih memperhatikan ketika informasi tersebut dikomunikasikan oleh seseorang yang mereka kenal.

4.8.5 Ketersediaan waktu di lingkungan sekitar

Untuk menjamin tingkat partisipasi masyarakat yang memadai dalam penyuluhan, waktu pemberian informasi harus mempertimbangkan tingkat aktivitas masyarakat.

Selain itu, menurut Pakpahan (2021), unsur-unsur berikut dapat mempengaruhi seberapa baik penyampaian pendidikan kesehatan:

1. Faktor Petugas
 - a. Kurangnya persiapan, ketidak tahuan terhadap pokok bahasan yang akan dijelaskan, kurangnya persuasi dari penampilan
 - b. Terlalu banyak menggunakan kata asing dalam bahasa tersebut, ketidakmampuan untuk dipahami oleh khalayak sasaran, ketidakmampuan mendengar suara, dan lain-lain.
 - c. Materi penyuluhan disampaikan secara monoton sehingga membosankan.
2. Faktor Sasaran
 - a. Pesannya sulit dipahami karena tingkat pendidikan yang buruk.
 - b. Karena status sosial ekonomi mereka yang buruk, individu kurang memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan dan malah disibukkan dengan kebutuhan lain yang lebih mendesak.

- c. Sulit untuk mengubah keyakinan dan praktik yang sudah mendarah daging, seperti anggapan bahwa makan ikan dapat menyebabkan cacingan.
- d. Faktor lingkungan yang membuat target tidak mungkin mengubah perilakunya. Misalnya, akan sangat sulit untuk memberikan nasihat mengenai kebersihan dan sanitasi pribadi kepada orang-orang yang tinggal di daerah kering dengan sumber daya air yang terbatas.

3. Faktor Proses dalam Pendidikan

- a. Penunjukan terapi tidak dilakukan ketika target telah ditentukan.
- b. Lokasi penyuluhan dekat dengan lingkungan sekitar sehingga mengganggu upaya pemberian pendidikan kesehatan.
- c. Sesi konseling tidak dijadwalkan pada waktu yang diinginkan target.
- d. Lokasi penyuluhan berdekatan dengan daerah sibuk sehingga mengganggu proses pemberian penyuluhan kesehatan.
- e. Sulit mendapatkan perhatian saat menawarkan terapi karena terlalu banyak sasaran yang mendengarkannya.
- f. Alat ajar yang dapat membantu pemahaman sasaran tidak didukung dengan alat ajar yang digunakan dalam konseling.
- g. Karena cara yang tidak efektif, sasaran merasa bosan mendengarkan penyuluhan yang diberikan.
- h. Lebih baik berbicara dalam bahasa normal target.

Unsur-unsur yang mempengaruhi pendidikan kesehatan harus dipahami secara menyeluruh karena harus diperhatikan dalam memberikan pendidikan kesehatan agar pendidikan tersebut dapat mencapai tujuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Ahmadi Dan Widodo Supriyono. 2012. Psikologi Belajar. Jakarta. Pt Wineka cipta
- Adventus dkk. 2019. Buku Ajar Promoi Kesehatan. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- Agustin, Ririn. 2013. Pengaruh pendidikan Kesehatan Individual Tentang Vulva Hygiene Terhadap Perilaku Vulva Hygiene Pada Remaja di Panti Asuhan Yatim Putri 'Aisyiyah Yogyakarta.
<http://digilib.unisayogya.ac.id/646/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>. (diakses pada 29 Agustus 2023)
- Anas, M. 2014. Alat peraga dan media pembelajaran. Jakarta : Pustaka Education
- Arif S. Sadiman, dkk. 2014. Media pendidikan : pengertian, pengembangan dan pemanfaatannya. Depok: PT. Raja Grafindo Persada
- Ali Muhammad. 2011. Kontribusi Status Gizi Dan Motivasi Belajar Terhadap kesehatan Jasmani Mahasiswa Pendidikan Olahragadan Kesehatan Universitas Jambi. Jambi: Universitas Jambi
- Ali, Zaidin. 2011. Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat Dan Promosi Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media.
- Ali, Zaidin. 2010. Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Anas, Muhammad. 2014. Alat Peraga & Media Pembelajaran. Jakarta: Pustaka Education
- Arief Sadiman. 2006. Media pendidikan: Pengertian, pengembangan dan pemanfaatannya. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Chusniah, Windi. 2019. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Malang: Wineka Media

- Fitriani dan Sinta. 2011. Promosi Kesehatan. Ed 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- 183 Nurmala, Ira dkk. 2018. Promosi Kesehatan. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Univeritas Airlangga (AUP).
- 135 Nasution, S. K. 2004. Meningkatkan Status Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan dan Penerapan Pola Hidup Sehat. Universitas Sumatera Utara.
- 3 Ngalim, Purwanto. 2002. Psikologi Pendidikan. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- 104 Notoadmojo. 2012. Promosi Kesehatan Dan perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2013. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2014. Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta
- 129 Nursalam dan Efendi. 2018. Manajemen Keperawatan. Aplikasi dalam Praktik Kep. Profesional. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam dan Efendi. 2008. Pendidikan Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- 159 Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Pakpahan Martini. 2021. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Medan: Yayasan Kita Menulis
- 2 Pratiwi, Jupriyono. 2012. Promosi Kesehatan Melalui Pemberdayaan Masyarakat. Surabaya: Gema Pratama Pustaka.
- Purwanto, M. Ngalim. 2009. Prinsip-prinsip dan Teknik Evaluasi Pengajaran. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- 29 Saragih, F. 2010. Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Makanan Sehat Dan Gizi Seimbang Di Desa Merak Raya Kecamatan Raya Kabupaten Simalungun Tahun 2010. Skripsi. FKM USU. Medan

35

Siregar, Putra Apriadi. 2020. Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam

14

Teori Dan Aplikasi, Edisi Pertama. Jakarta: PT. Kencana

Suliha. 2002. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Jakarta:

EGC

69

Suryani, N. Lutviana, L. 2013. Pengaruh Lingkungan Keluarga,

Kesiapan Belajar, Dan Disiplin Belajar Terhadap Motivasi

Belajar Siswa Kelas Xi Ips Pada Mata Pelajaran Ekonomi Di

Ma. Nu Raudlatul Muallimin Wedung. Economic Education

43

Analysis Journal, 4(1), 50-57.

Susilowati, Dwi. 2016. Promosi Kesehatan(Modul Bahan Ajar

Cetak Keperawatan), Cetakan pertama. Jakarta: Badan

Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia

Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Trisutrisno, Ihsan dkk. 2022. Pendidikan dan Promosi Kesehatan.

Medan: Yayasan Kita Menulis

BAB 5

PERAN TEKNOLOGI DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sri Indra Kurnia

5.1 Pendahuluan

Dalam era modern yang terus berkembang, teknologi telah menjadi tonggak penting dalam memacu kemajuan di berbagai bidang kehidupan. Salah satu sektor yang mendapatkan manfaat besar dari kemajuan teknologi adalah kesehatan masyarakat. Teknologi telah membuka pintu bagi inovasi-inovasi luar biasa yang mampu mengubah cara individu maupun masyarakat menjalani hidup, terutama dalam hal pemberdayaan kesehatan masyarakat (Naslund, 2016).

WHO menyatakan bahwa teknologi baru telah membuka banyak peluang untuk membentuk masa depan layanan kesehatan primer dan memastikan tindakan kesehatan masyarakat yang efektif, dan mencatat bagaimana teknologi ini telah mempercepat perubahan dalam pendidikan dan kebijakan, serta menciptakan pola komunikasi, pemberdayaan, dan keterlibatan baru (WHO, 2020).

Kemajuan dalam teknologi baru seperti kecerdasan buatan, realitas virtual, robotika, pencetakan 3D, dan nanoteknologi membuka peluang baru dalam bidang kesehatan (Topol, 2019). Penggunaan *smartphone* yang semakin pesat dan tersebar luas memungkinkan penyebaran informasi kesehatan yang jauh lebih baik daripada sebelumnya, teknologi drone juga kini telah

digunakan untuk pengiriman persediaan medis (Brown et al, 2020; Ventola, 2014).

5.2 Inovasi Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan

5.2.1 Artificial Intelligence (AI)

Penggunaan algoritma dan pembelajaran mesin dalam mendeteksi, mendiagnosis, dan mengobati penyakit telah menjadi bidang signifikan dalam ilmu kehidupan. Penggunaan kecerdasan buatan ini adalah revolusi kesehatan terbesar abad ke-21 (McKinney et al., 2020).

AI dapat mendeteksi penyakit lebih awal dan membuat diagnosis yang lebih akurat dengan lebih cepat daripada metode konvensional. Dalam kasus kanker payudara, AI memungkinkan mamogram untuk dianalisis 30 kali lebih cepat dengan akurasi hampir 100%, mengurangi kebutuhan akan biopsi (Esteva et al., 2017; McKinney et al., 2020).

Sementara itu, algoritma pembelajaran mendalam yang dikembangkan oleh perusahaan kesehatan teknologi bernama Qure.ai yang memungkinkan deteksi dini kanker paru-paru. Perusahaan tersebut mengatakan bahwa sebuah studi menunjukkan peningkatan 17% ketika menggunakan AI untuk menafsirkan sinar-x dada dibandingkan dengan pembacaan radiologi konvensional. Perusahaan ini telah membentuk kemitraan dengan farmasi besar bernama AstraZeneca yang bertujuan untuk memperluas teknologi ini guna mengurangi angka kematian akibat kanker paru-paru di seluruh dunia.

5.2.2 Telemedisin dan Akses Kesehatan Jarak Jauh

Telemedisin merujuk pada praktik pemberian layanan kesehatan jarak jauh melalui teknologi komunikasi dan informasi. Ini adalah salah satu contoh signifikan bagaimana teknologi telah merubah lanskap pelayanan kesehatan dan memberikan dampak positif dalam memperluas akses kesehatan masyarakat. Dalam

lingkungan di mana jarak dan mobilitas fisik seringkali menjadi hambatan utama, telemedisin telah menghadirkan solusi yang memungkinkan individu untuk menerima perawatan medis, konsultasi dokter, dan informasi kesehatan tanpa harus berpergian jauh (Hossain & Ferdous 2020).

Penerapan telemedisin telah memberikan manfaat besar terutama dalam situasi darurat dan daerah terpencil. Pasien di pedesaan yang mungkin sulit dijangkau oleh fasilitas kesehatan konvensional, atau

dalam kondisi kritis di mana setiap detik berharga, dapat dengan cepat terhubung dengan dokter melalui telekonferensi atau layanan pesan teks. Bahkan, beberapa platform telemedisin telah menggabungkan teknologi video dan audio berkualitas tinggi sehingga dokter dapat melakukan pemeriksaan visual dan mendengarkan keluhan pasien dengan lebih baik.

Selain itu, telemedisin juga membuka pintu bagi spesialisasi medis yang lebih jarang dan sulit diakses. Pasien dapat menghubungi ahli di berbagai bidang dari seluruh dunia, yang sebelumnya mungkin tidak mungkin dilakukan tanpa bepergian jarak jauh. Ini terbukti sangat berharga dalam pemeriksaan dan konsultasi penyakit langka atau kompleks.

Namun, meskipun potensi besar telemedisin dalam meningkatkan akses kesehatan, masih ada tantangan yang perlu diatasi. Beberapa wilayah mungkin memiliki keterbatasan infrastruktur teknologi atau akses internet yang dapat menghambat penerapan telemedisin secara luas. Selain itu, penting untuk mempertimbangkan aspek keamanan dan privasi dalam mengelola informasi medis melalui platform teknologi.

Secara keseluruhan, telemedisin telah membawa perubahan positif dalam pemberian layanan kesehatan dengan menghilangkan batasan geografis dan fisik. Dengan terus berkembangnya teknologi, kita dapat mengharapkan bahwa akses kesehatan jarak jauh akan terus ditingkatkan, menjadikan

perawatan medis lebih mudah diakses oleh semua lapisan masyarakat, tanpa memandang letak geografis atau jarak fisik.

5.2.3 Big Data dalam Pemodelan Penyebaran Penyakit

Big Data, istilah yang merujuk pada volume besar data yang dihasilkan oleh berbagai sumber, telah membuka pintu baru dalam pemahaman dan pengelolaan penyebaran penyakit (Gao, Mioc & Anton, 2017). Dalam konteks pemodelan penyebaran penyakit, penggunaan Big Data telah membantu meramalkan, mengidentifikasi pola, dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang lebih efektif. Ini adalah contoh nyata bagaimana teknologi informasi telah memainkan peran sentral dalam upaya pemberantasan penyakit dan perlindungan kesehatan masyarakat (Gao et al., 2017).

Pemodelan penyebaran penyakit menggunakan Big Data melibatkan analisis ratusan ribu atau bahkan jutaan data, termasuk data demografis, data kesehatan masyarakat, data geografis, data perjalanan, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi penyebaran penyakit. Dengan kemampuan analisis yang canggih, komputer dapat mengidentifikasi pola-pola tersembunyi dalam data ini, yang pada gilirannya dapat membantu dalam mengantisipasi dan mengendalikan penyebaran penyakit (Alarabi et al., 2018).

Salah satu contoh penggunaan Big Data dalam pemodelan penyebaran penyakit adalah pada penanganan wabah penyakit menular. Dalam kasus wabah seperti flu atau virus corona, analisis data besar dapat membantu meramalkan wilayah mana yang mungkin terpengaruh berikutnya, mengidentifikasi pola mobilitas manusia yang mempercepat penyebaran, dan bahkan memperkirakan dampak langkah-langkah pencegahan tertentu (Velevan & Meyer, 2019).

Selain itu, penerapan Big Data dalam pemodelan penyebaran penyakit juga dapat membantu pihak berwenang dalam mengambil keputusan yang lebih efektif terkait karantina

wilayah atau alokasi sumber daya medis. Data yang terkumpul dapat membantu mengidentifikasi pusat-pusat penyebaran penyakit dan mengarahkan upaya penanggulangan ke daerah-daerah yang membutuhkan perhatian lebih.

Namun, penting untuk diingat bahwa pemanfaatan Big Data dalam pemodelan penyebaran penyakit juga memunculkan tantangan terkait etika dan privasi. Perlindungan data pribadi serta pemastian bahwa analisis data dilakukan dengan cara yang etis menjadi perhatian penting dalam mengembangkan dan menerapkan model pemodelan (Gibson, Shand & Watling, 2018).

Secara keseluruhan, pemanfaatan Big Data dalam pemodelan penyebaran penyakit membuka potensi baru dalam memahami dan mengatasi tantangan kesehatan masyarakat. Dengan penerapan yang bijaksana dan pendekatan multidisiplin, Big Data dapat menjadi alat yang kuat dalam membangun sistem kesehatan yang lebih responsif dan efektif dalam menghadapi ancaman penyakit.

5.3 Teknologi Meningkatkan Partisipasi dan Keterlibatan Sosial dalam Mengakses Kesehatan

Dalam era digital yang semakin maju, teknologi telah memainkan peran sentral dalam mendorong partisipasi dan keterlibatan sosial dalam mengakses layanan kesehatan. Kemampuan teknologi untuk menghubungkan orang dari berbagai latar belakang dan lokasi telah membawa perubahan besar dalam cara masyarakat berinteraksi dengan informasi kesehatan, penyedia layanan medis, serta sesama individu. Partisipasi dan keterlibatan ini telah memberikan dampak positif dalam membuka pintu akses kesehatan yang lebih luas, pemberdayaan individu dalam pengelolaan kesehatan pribadi, serta peningkatan kesadaran dan pendidikan kesehatan di seluruh masyarakat.

Salah satu manfaat utama teknologi dalam keterlibatan sosial dalam akses kesehatan adalah kemudahan akses informasi kesehatan yang lebih merata. Melalui internet, masyarakat dapat mengakses sumber daya informasi kesehatan yang beragam, mulai dari tips kesehatan hingga panduan pengelolaan penyakit. Dengan platform daring, artikel, video edukatif, dan aplikasi kesehatan, individu memiliki akses ke pengetahuan yang relevan dan dapat membantu mereka membuat keputusan kesehatan yang lebih baik. Ini adalah langkah pertama dalam pemberdayaan masyarakat dalam mengambil kendali atas kesehatan mereka sendiri.

Sebagai contoh, kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan oleh penulis, dengan judul PAHAM (Pelajar Sehat Anti Merokok) sebagai upaya peningkatan pengetahuan di SMP Muhammadiyah 1 Gatak, dilakukan dengan memanfaatkan teknologi. Pada sesi demonstrasi atau praktik langsung, tim pengabdian masyarakat dari Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Surakarta memanfaatkan teknologi tepat guna yang dirancang sendiri untuk memberikan peragaan mengenai bahaya asap rokok kepada peserta didik SMP Muhammadiyah 1 Gatak. Selain itu, dalam penyampaian informasi dengan metode ceramah, tim pengabdian memanfaatkan proyektor LCD untuk memberikan informasi dan menayangkan gambar serta video edukatif mengenai kiat-kiat menghindari perilaku merokok.

Selain itu, kaitannya dengan pemberdayaan individu, aplikasi kesehatan dan perangkat wearable juga memungkinkan partisipasi aktif dalam pemantauan kesehatan pribadi. Dengan memantau denyut jantung, tingkat aktivitas, atau bahkan kadar gula darah, individu dapat mendapatkan informasi real-time tentang kondisi kesehatan mereka. Data ini bukan hanya memberikan gambaran yang lebih akurat tentang kesehatan pribadi, tetapi juga memungkinkan individu untuk mengambil tindakan yang sesuai, baik itu perubahan gaya hidup atau

menghubungi profesional medis. Hal ini memungkinkan individu untuk menjadi mitra aktif dalam pengelolaan kesehatan mereka dan mendorong prinsip pencegahan yang lebih kuat.

Dalam konteks sosial, teknologi telah menciptakan ruang untuk kolaborasi dan dukungan dalam kesehatan. Grup-grup kesehatan di media sosial memungkinkan individu untuk berbagi pengalaman, informasi, dan saran dengan sesama anggota yang memiliki kondisi serupa. Ini menciptakan jaringan dukungan yang kuat di mana individu dapat berbagi kisah sukses, mengatasi kecemasan, dan mencari saran yang berharga. Keterlibatan dalam komunitas online juga memberikan rasa koneksi sosial yang dapat membantu mengurangi isolasi dan kesepian, terutama bagi mereka yang menghadapi tantangan kesehatan.

Namun, sambil menghargai manfaat teknologi dalam partisipasi dan keterlibatan sosial dalam akses kesehatan, penting untuk mencatat beberapa tantangan. Informasi yang tidak valid atau tidak akurat dapat menimbulkan risiko kesehatan, dan perlindungan privasi juga menjadi perhatian serius dalam penggunaan teknologi medis. Oleh karena itu, perlu upaya bersama dari pemerintah, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat untuk memastikan bahwa teknologi digunakan dengan bijak, didukung oleh sumber informasi yang tepercaya, dan melindungi privasi individu.

Secara keseluruhan, partisipasi dan keterlibatan sosial dalam mengakses kesehatan melalui teknologi telah membawa transformasi besar dalam cara masyarakat terlibat dalam pemeliharaan kesehatan pribadi dan berinteraksi dalam lingkungan kesehatan. Teknologi memungkinkan individu untuk menjadi mitra aktif dalam pengelolaan kesehatan, membuka akses yang lebih luas terhadap informasi, serta memberikan dukungan dan koneksi yang kuat di antara sesama individu. Dengan terus mengoptimalkan manfaat teknologi dan mengatasi tantangan yang

ada, kita dapat mewujudkan pemberdayaan kesehatan masyarakat yang lebih luas dan inklusif.

5.4 Tantangan Penggunaan Teknologi dalam Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Penggunaan teknologi dalam bidang kesehatan telah membuka pintu bagi perubahan signifikan dalam penyediaan layanan, pemantauan kesehatan, dan peningkatan aksesibilitas. Namun, seperti halnya dengan setiap inovasi, ada sejumlah tantangan yang perlu diatasi untuk memastikan penggunaan teknologi yang efektif, aman, dan berkelanjutan dalam konteks kesehatan.

Dalam era modern yang dipenuhi oleh inovasi teknologi, peran teknologi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat menjadi semakin penting. Dengan berbagai aplikasi, perangkat, dan platform yang dirancang untuk memudahkan akses dan pelayanan kesehatan, teknologi telah membawa perubahan yang signifikan dalam cara kita berinteraksi dengan layanan medis. Namun, di balik potensi besar ini, terdapat tantangan serius yang perlu dihadapi dalam hal privasi dan keamanan data.

Tantangan pertama yang perlu diatasi adalah masalah kerahasiaan data pribadi (Gibson et al., 2018). Teknologi kesehatan memungkinkan pengumpulan dan pemrosesan data sensitif seperti riwayat medis, hasil tes, dan informasi pribadi lainnya. Namun, data ini dapat dengan mudah jatuh ke tangan yang salah jika tidak dikelola dengan hati-hati. Keamanan data harus diperkuat untuk mencegah akses yang tidak sah dan kebocoran informasi pribadi. Kerahasiaan data menjadi esensi dalam menjaga integritas individu dan membangun kepercayaan dalam pemanfaatan teknologi kesehatan.

Tantangan kedua adalah menjaga kepatuhan terhadap regulasi privasi yang semakin kompleks. Undang-undang seperti GDPR (General Data Protection Regulation) di Uni Eropa dan

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) di Amerika Serikat bertujuan melindungi data pribadi dan informasi medis (European Union 2016; U.S. Government, 2013). Namun, teknologi berkembang dengan cepat, dan kadang-kadang regulasi tidak dapat mengikuti perkembangan tersebut. Menjaga kepatuhan dengan regulasi yang berlaku menjadi tantangan, sementara tetap menjaga inovasi tetap berjalan tanpa mengorbankan keamanan dan privasi.

Keamanan teknologi juga menjadi fokus penting dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat. Perangkat wearable dan aplikasi kesehatan seringkali terhubung dengan internet, membuka pintu untuk serangan siber yang dapat mengancam data kesehatan sensitif. Dalam era di mana data menjadi aset yang sangat berharga, menjaga sistem keamanan yang kuat adalah kunci untuk melindungi data dari ancaman siber.

Perlindungan identitas adalah tantangan lain yang perlu diatasi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat melalui teknologi. Data kesehatan yang dikumpulkan dalam skala besar dapat berpotensi mengidentifikasi individu, bahkan jika data semula anonim. Risiko ini dapat melanggar privasi individu dan menciptakan ketidaknyamanan dalam berpartisipasi dalam program-program teknologi kesehatan. Penting untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan diolah dengan cara yang mempertahankan anonimitas.

Harmonisasi harapan privasi antara individu dan penyedia layanan kesehatan atau perusahaan teknologi juga merupakan tantangan yang harus diatasi. Beberapa individu mungkin nyaman berbagi informasi medis mereka, sementara yang lain mungkin lebih memilih untuk menjaga privasi pribadi. Menemukan titik tengah yang menghormati keinginan individu sambil tetap memanfaatkan teknologi secara efektif adalah tantangan yang kompleks.

Edukasi dan kesadaran masyarakat juga diperlukan untuk mengatasi tantangan privasi dan keamanan data. Masyarakat harus memahami risiko dan manfaat dari penggunaan teknologi kesehatan serta tahu bagaimana melindungi privasi mereka sendiri. Menyediakan informasi yang jelas tentang kebijakan privasi dan memberikan literasi teknologi yang memadai dapat membantu membangun kepercayaan dalam pemanfaatan teknologi kesehatan.

Secara keseluruhan, pemberdayaan kesehatan masyarakat melalui teknologi memiliki potensi yang besar untuk meningkatkan kualitas hidup dan aksesibilitas layanan kesehatan. Namun, tantangan privasi dan keamanan data harus diatasi dengan serius agar teknologi ini benar-benar memberikan manfaat tanpa mengorbankan keamanan dan privasi individu. Dengan kolaborasi antara pemangku kepentingan dan komitmen untuk menjaga integritas data, kita dapat membangun fondasi yang kuat untuk pemanfaatan teknologi dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat yang berkelanjutan dan aman.

DAFTAR PUSTAKA

- 146 World Health Organization. 2020. Digital health. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_.
- Brown, S. J., Liebman, E., 288 Gemeni, E. 2020. The Promises and Pitfalls of Digital Health Technologies. The 71 New England Journal of Medicine, 382(14), 1276-1277. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1916015>.
- Topol, E. J. 2019. High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. Nature Medicine, 25(1), 80 44-56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>.
- Ventola, C. L. 2014. Mobile devices and apps for health care professionals: Uses and benefits. P&T, 39(5), 356-364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029126/>.
- 19 /.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social me 48. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(2), 113-122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001065>
- Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., Ko, J., Swetter, S. M., Blau, H. M., & Thrun, S. 2017. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. Nature, 542(7639), 115-118. <https://doi.org/10.1038/nature21056>
- 57 McKinney, S. M., Sieniek, M., Godbole, V., Godwin, J., Antropova, N., Ashrafian, H., ... & Kanavati, F. 2020. International evaluation of an AI system for breast cancer screening. Nature, 577(7788), 89-94. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1799-6>
- 114 Gibson, D. C., Shand, T., & Watling, C. 2018. Privacy and security in the era of digital health: What should translational 18 researchers know and do about it? The American Journal of Bioethics, 18(7), 3-11. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1467269>.

- Gao, S., Mioc, D., & Anton, F. 2017. Big data analytics in healthcare: A survey. *Journal of King Saud University-Computer and Information Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.jksuci.2017.02.016>.
- Alarabi, L., Alsolami, F., & Househ, M. 2018. ¹¹⁸ potential of big data analytics in health informatics. *Journal of King Saud University-Computer and Information Sciences*. ⁹³ <https://doi.org/10.1016/j.jksuci.2018.05.008>.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. 2019. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), 278-280. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>.
- Hossain, M. S., & Fe ¹⁹¹ us, M. S. 2020. Global variation in the utilization of telemedicine in response to the COVID-19 pandemic ¹²⁴ *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 240-247. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>.
- European Union. 2016. General Data Protection Regulation (GDPR). ⁶² *Official Journal of the European Union*, L119, 1-88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>.
- U.S. Department of Health & Human Services. 2003. Summary of the HIPAA Privacy Rule. Health Information Privacy. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/laws-regulations/index.html>.

BAB 6

PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KESEHATAN

Oleh Marni

6.1 Pengertian Partisipasi Masyarakat

Gagasan mendasar yang mendasari interaksi antara masyarakat, sistem kesehatan, dan pengambilan keputusan terkait kesehatan adalah keterlibatan masyarakat dalam bidang kesehatan. Dalam bentuknya yang paling sederhana, partisipasi masyarakat mengacu pada keterlibatan aktif dan kontribusi masyarakat dalam seluruh bidang perencanaan, pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan yang berdampak pada kehidupan mereka. Dengan diadopsinya gagasan ini, akan terjadi perubahan dramatis dari pendekatan paternalistik terhadap layanan kesehatan yang mana pilihan dibuat oleh pembuat kebijakan dan para profesional medis, menjadi pendekatan yang lebih inklusif di mana masyarakat mempunyai peran besar dalam membangun dan menjalankan sistem kesehatan mereka sendiri.

Pen²⁷⁸nya partisipasi kesehatan masyarakat berasal dari pengakuan bahwa kesehatan ²⁶⁷lah hak asasi manusia dan bahwa setiap individu dan kelompok mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pilihan yang mempengaruhi kesehatan mereka. Hal ini tentang memberdayakan masyarakat dan kelompok dalam masyarakat untuk mengambil bagian aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka, bukan hanya sekedar memberikan suara.

Partisipasi masyarakat mencakup berbagai kontribusi, seperti memberikan masukan terhadap pengembangan kebijakan kesehatan, menetapkan program kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat, dan terlibat dalam implementasi program-program tersebut di tingkat masyarakat. Hal ini juga mencakup pengajaran kepada masyarakat tentang masalah kesehatan dan hak-hak mereka agar mereka dapat membuat keputusan yang lebih baik demi kesejahteraan mereka sendiri.

Pengertian partisipasi masyarakat dalam kesehatan mencakup beberapa elemen kunci:

1. Keterlibatan Aktif: Individu dan organisasi masyarakat harus terlibat aktif dalam proses pengambilan keputusan kesehatan agar dapat berpartisipasi dalam masyarakat. Mereka tidak bisa hanya menjadi pengguna layanan kesehatan yang pasif.
2. Konteks yang Luas: Partisipasi ini antara lain mencakup perencanaan, pembuatan kebijakan, modifikasi perilaku, pencegahan penyakit, perawatan medis, dan administrasi program.
3. Demokratisasi Keputusan: adalah Penting untuk memastikan bahwa pilihan kesehatan ditentukan tidak hanya oleh pihak berwenang, namun juga oleh perwakilan masyarakat luas, sehingga kebijakan dan program mencerminkan kebutuhan dan keyakinan masyarakat.
4. Pemberdayaan Masyarakat: partisipasi masyarakat juga mencakup pemberdayaan individu dan kelompok untuk memberikan dampak terhadap kesehatan mereka sendiri, baik melalui pendidikan, advokasi, atau tindakan langsung.
5. Keterkaitan dengan Hasil Kesehatan: Tujuan Partisipasi masyarakat adalah untuk meningkatkan aksesibilitas, relevansi, dan efektivitas pelayanan kesehatan. Hal ini berpotensi memberikan manfaat bagi kesehatan individu dan masyarakat.

6. Proses Berkelanjutan: Partisipasi dalam masyarakat bukanlah suatu kegiatan yang dilakukan satu kali saja, melainkan suatu kegiatan yang berkesinambungan. Hal ini memerlukan komitmen jangka panjang untuk menciptakan kapasitas masyarakat dan menjamin partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang Kesehatan.

Menjadi landasan untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan, termasuk tujuan kesehatan seperti yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Partisipasi masyarakat adalah salah satu sarana untuk menciptakan sistem kesehatan yang lebih inklusif, berkeadilan, dan berkelanjutan yang melayani kepentingan semua orang.

6.1.1 Konsep Dasar Partisipasi Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan

Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan merupakan landasan penting yang menekankan pentingnya peran masyarakat dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hal ini memerlukan keterlibatan aktif masyarakat di seluruh bagian sistem kesehatan, termasuk perencanaan, pembentukan kebijakan, pelaksanaan program, dan evaluasi dampaknya. Intinya, partisipasi ini mendorong peralihan dari model kesehatan yang lebih konvensional di mana pilihan dibuat oleh pihak berwenang dan profesional kesehatan ke model yang lebih inklusif di mana masyarakat memainkan peran yang lebih proaktif.

Partisipasi aktif masyarakat dalam menetapkan arah sistem kesehatan disebut dengan partisipasi masyarakat. Hal ini melibatkan masyarakat sebagai partisipan aktif dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan. Hal ini mengakui bahwa masyarakat mempunyai kesadaran yang unik mengenai kebutuhan dan permasalahan kesehatan setempat, dan sebagai hasilnya, mereka harus mempunyai hak untuk

menentukan bagaimana layanan kesehatan dirancang dan diberikan.

Partisipasi dalam masyarakat melibatkan berbagai macam pekerjaan dan jenis kontribusi. Hal ini dapat mencakup kontribusi terhadap pengembangan kebijakan kesehatan, mengambil bagian dalam pelaksanaan inisiatif kesehatan di tingkat masyarakat, atau bahkan berperan dalam mendidik masyarakat mengenai permasalahan kesehatan yang kritis. Selain itu, definisi keterlibatan ini memerlukan kesadaran menyeluruh terhadap budaya dan latar belakang lokal.

Partisipasi masyarakat mencakup berbagai peran dan bentuk kontribusi. Ini bisa berarti memberikan masukan dalam perumusan kebijakan kesehatan, berpartisipasi dalam pelaksanaan program kesehatan di tingkat komunitas, atau bahkan mengambil peran dalam mengedukasi masyarakat tentang isu-isu kesehatan yang penting. Selain itu, definisi partisipasi ini memerlukan kesadaran menyeluruh terhadap budaya dan latar belakang lokal. Setiap komunitas mempunyai nilai, adat istiadat, dan kepercayaan masing-masing, dan keterlibatan yang efektif harus mengakomodasi keragaman ini. Masyarakat harus dianggap sebagai mitra yang mempunyai informasi penting tentang status kesehatan mereka. Pentingnya partisipasi masyarakat dalam kesehatan juga melibatkan upaya pemberdayaan masyarakat. Memberikan masyarakat tanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri, memberikan mereka informasi dan keterampilan untuk membuat keputusan, dan memberdayakan mereka untuk mengambil peran aktif dalam meningkatkan kesehatan mereka melalui pendidikan, advokasi, dan tindakan langsung adalah bagian dari hal ini.

Tujuan utama dari pendekatan partisipasi ini adalah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan komunitas secara keseluruhan. Diperkirakan bahwa dengan melibatkan masyarakat, layanan kesehatan akan lebih mudah diakses, kesadaran

masyarakat akan masalah kesehatan akan meningkat, dan inisiatif kesehatan akan lebih berhasil. Selain itu, keterlibatan dalam bidang kesehatan²⁴⁵ masyarakat bukanlah peristiwa yang terjadi satu kali saja. Hal ini merupakan proses berkelanjutan yang memerlukan komitmen jangka panjang untuk memperkuat kapasitas masyarakat dan menjamin partisipasi mereka dalam transformasi sosial yang lebih besar dalam konteks kesehatan.

Dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan, partisipasi masyarakat juga mencakup unsur demokrasi. Artinya²⁵⁷ap orang, apapun status sosial, ekonomi, atau budayanya, mempunyai hak yang sama untuk memengaruhi dan berpartisipasi dalam perencanaan kesehatan dan pengambilan keputusan. Pendekatan ini berbeda dengan paradigma paternalistik, yang mana pihak berwenang atau pakar kesehatan memilih apa yang terbaik bagi masyarakat tanpa masukan dari mereka. Lebih jauh lagi, partisipasi masyarakat tidak hanya berarti memberikan suara atau pendapat kepada masyarakat, namun juga menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai perubahan kesehatan yang diinginkan. Hal ini melibatkan alokasi sumber daya yang adil, peningkatan kapasitas masyarakat melalui pelatihan dan pendidikan, dan bantuan dalam penerapan inisiatif kesehatan yang baik.

Gagasan ini juga menggarisbawahi pentingnya pengawasan dan keterbukaan dalam sistem layanan kesehatan. Masyarakat umum harus memiliki akses terhadap informasi terkait mengenai masalah kesehatan dan sistem layanan kesehatan secara umum. Karena transparansi ini, masyarakat dapat membuat penilaian yang lebih baik dan memberikan kritik yang membangun terhadap pelaksanaan inisiatif dan peraturan kesehatan. Partisipasi masyarakat juga dapat membantu mendeteksi masalah kesehatan yang mungkin tidak terdeteksi oleh pihak berwenang. Komunitas yang berkomitmen secara aktif sering kali memberikan wawasan yang kaya mengenai tantangan kesehatan spesifik komunitas.

Hasilnya, mereka dapat membantu mengidentifikasi prioritas kesehatan yang lebih relevan dan bermakna. Selain itu, partisipasi masyarakat juga terkait dengan prinsip-prinsip kes²³⁷tan universal dan hak asasi manusia. Konvensi ini mengakui bahwa setiap orang mempunyai hak untuk hidup sehat dan akses yang adil terhadap layanan kesehatan berkualitas tinggi. Gagasan ini berupaya untuk mendorong kesetaraan kesehatan dengan mengurangi kesenjangan dan prasangka dalam akses dan hasil kesehatan melalui pelibatan masyarakat.

Penting untuk diingat bahwa partisipasi masyarakat adalah proses berkelanjutan yang berkembang seiring berjalannya waktu. Masyarakat yang terlibat di bidang kesehatan harus secara konsisten diberdayakan dan didorong dalam perannya. Hal ini memerlukan persetujuan dari pihak berwenang, profesional kesehatan, dan masyarakat untuk menjadikan partisipasi sebagai komponen inti reformasi dan pertumbuhan sistem kesehatan. Kita dapat lebih memahami²⁹¹ pentingnya komunitas dalam merancang masa depan kesehatan yang lebih baik bagi semua orang jika kita memahami inti gagasan keterlibatan komunitas dalam kesehatan dan dampak luasnya.

6.1.2 Perbedaan Antara Partisipasi Pasif Dan Partisipasi A²⁷⁶

Partisipasi masyarakat merupakan gagasan utama yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan, seperti pengambilan keputusan, pembentukan kebijakan, pelaksanaan program, dan berbagai kegiatan sosial dan kesehatan lainnya. Pada dasarnya, partisipasi masyarakat mengakui bahwa setiap individu mempunyai suara yang penting dalam menentukan masa depan mereka dan komunitasnya. Namun, penting untuk menyadari bahwa partisipasi masyarakat tidak selalu berbentuk sama. Terdapat perbedaan signifikan antara partisipasi pasif dan aktif, yang mewakili tingkat keterlibatan dan kontribusi masyarakat dalam suatu proses atau kegiatan. Dalam

diskusi ini, kita akan melihat perbedaan antara keduanya dan mengapa hal ini penting dalam situasi sosial, politik, dan kesehatan.

Konsep partisipasi, terkadang dipisahkan menjadi dua kategori, baik dalam konteks sosial, politik, atau kesehatan: partisipasi pasif dan partisipasi aktif. Perbedaan antara keduanya sangat penting dalam memahami peran masyarakat dalam berbagai aspek kehidupan. Berikut akan dijelaskan perbedaan antara keduanya secara lebih mendalam:

Partisipasi Pasif:

Partisipasi pasif didefinisikan sebagai memiliki sedikit atau tidak ada keterlibatan dalam suatu kegiatan atau proses. Hal ini mengacu pada perilaku atau tindakan yang cenderung menerima atau mengikuti arahan, peraturan, atau proyek tanpa memberikan kontribusi aktif atau berpartisipasi secara signifikan.

Orang-orang yang berpartisipasi secara pasif sering kali mengambil peran sebagai penerima atau pengikut. Mereka mungkin hanya mematuhi perintah atau peraturan yang dikeluarkan oleh otoritas, dengan sedikit keterlibatan atau partisipasi dalam pengambilan keputusan.

Masyarakat atau pasien dalam partisipasi pasif, misalnya, sebagian besar adalah pengguna layanan kesehatan yang hanya mengikuti arahan dokter tanpa banyak diskusi atau pertanyaan alternatif atau alternatif. Mereka mungkin tidak terlibat dalam pengembangan program kesehatan atau pengambilan keputusan mengenai sistem kesehatan atau pengobatannya.

Pihak berwenang memainkan peran yang lebih besar dalam partisipasi pasif karena mereka mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap proses dan konsekuensinya. Mereka sering kali bertanggung jawab atas perencanaan dan pengambilan keputusan.

Partisipasi Aktif:

Partisipasi aktif diartikan sebagai keterlibatan yang lebih kuat dan instrumental dalam suatu kegiatan atau proses. Hal ini

mencakup melakukan aktivitas nyata, memberikan umpan balik, terlibat dalam pengambilan keputusan, dan berkontribusi secara signifikan terhadap pengembangan atau implementasi program atau upaya.

Masyarakat mengambil peran yang lebih proaktif dalam keterlibatan aktif. Mereka berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, memberikan umpan balik, dan bahkan mungkin berperan dalam pembuatan dan implementasi program atau proyek. Dalam konteks kesehatan, partisipasi aktif dapat mencakup orang-orang yang terlibat dalam organisasi advokasi kesehatan, memberikan masukan dalam perencanaan layanan kesehatan masyarakat, atau menjadi sukarelawan dalam penelitian kesehatan.

Peran pihak berwenang, melalui partisipasi aktif, pihak berwenang atau pengambil keputusan bekerja lebih erat dengan masyarakat. Pilihan kesehatan semakin banyak dibuat secara kolaboratif dan dengan partisipasi masyarakat.

Dikotomi antara partisipasi pasif dan aktif mempunyai konsekuensi penting dalam berbagai situasi, termasuk masalah politik, sosial, dan kesehatan. Partisipasi aktif sering kali dianggap lebih mendukung pemberdayaan masyarakat, sehingga menghasilkan hasil yang lebih sesuai dengan tuntutan masyarakat, dan meminimalkan kesenjangan dalam akses dan pengambilan keputusan.

Partisipasi masyarakat yang aktif dalam bidang kesehatan, misalnya, dapat menghasilkan program yang lebih sukses karena mencerminkan kesadaran masyarakat terhadap tantangan kesehatan yang mereka hadapi. Hal ini juga dapat membantu individu memahami kesehatan dengan lebih baik dan memotivasi mereka untuk berpartisipasi dalam pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Ringkasnya, perbedaan partisipasi pasif dan aktif adalah besarnya keterlibatan dan kontribusi masyarakat dalam suatu proses atau kegiatan. Partisipasi aktif menekankan

pada keterlibatan aktif masyarakat, peran proaktif, dan kontribusi yang lebih tinggi dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan, sedangkan partisipasi pasif lebih fokus pada penerimaan dan ketaatan terhadap perintah atau peraturan. Dalam banyak keadaan, keterlibatan aktif dipandang lebih mendukung pemberdayaan masyarakat dan menghasilkan hasil yang lebih adil dan sesuai dengan tuntutan masyarakat.

Mengingat perbedaan antara partisipasi pasif dan aktif yang dibahas di atas, penting untuk mempertimbangkan konsekuensi praktis dari kedua cara partisipasi ini. Kita dapat lebih memahami bagaimana ¹¹² dinamika partisipasi masyarakat berperan dalam merancang kebijakan, program, dan kegiatan yang relevan dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat dengan lebih memahami manfaat dan kesulitan yang melekat pada setiap bentuk partisipasi. Hal ini memungkinkan kita untuk mengkaji bagaimana kondisi dan tujuan individu berdampak pada pemilihan bentuk keterlibatan yang dapat diterima untuk mencapai hasil yang diinginkan, serta bagaimana masyarakat dapat berpartisipasi secara lebih efektif dalam mempengaruhi perubahan sosial, politik, dan kesehatan.

Salah satu elemen kunci dalam berbagai sektor kehidupan sosial, politik, dan kesehatan adalah partisipasi masyarakat. Individu atau kelompok masyarakat terlibat dalam pengambilan keputusan, perencanaan, implementasi, dan penilaian berbagai kebijakan, program, dan inisiatif dalam konteks ini. Partisipasi ini mempunyai dua ciri utama yang harus dipahami secara utuh, yaitu partisipasi pasif dan partisipasi aktif.

Dalam diskusi ini, kita akan melihat lebih dekat keuntungan dan kerugian masing-masing gaya keterlibatan. Partisipasi pasif, yang lebih mudah dalam hal keterlibatan dan pengambilan keputusan, memiliki kelebihan dan kekurangan. Sebaliknya, partisipasi aktif, yang mendorong masyarakat untuk mengambil peran lebih aktif dalam pengambilan keputusan, mempunyai serangkaian dinamika yang berbeda.

Keuntungan dan Tantangan Partisipasi Pasif:

1. Keuntungan:

- a. Efisiensi Keputusan: Partisipasi pasif sering kali memungkinkan pihak berwenang atau pemimpin mengambil keputusan dengan cepat dan efisien. Hal ini terutama berlaku dalam situasi darurat atau ketika keputusan harus dibuat dengan cepat.
- b. Kontrol Penuh: Pihak berwenang mempunyai kendali lebih besar dalam kasus-kasus yang melibatkan partisipasi pasif. Mereka dapat menetapkan dan menjalankan kebijakan dan inisiatif tanpa terlalu banyak intervensi atau perlawanan dari masyarakat.
- c. Kepastian Pelaksanaan: Karena pihak berwenang mempunyai kewenangan yang besar, pelaksanaan keputusan atau rencana biasanya lebih mudah diorganisir melalui partisipasi pasif.

2. Tantangan:

- a. Mengabaikan Perspektif Masyarakat: Partisipasi pasif dapat mengakibatkan hilangnya sudut pandang, kebutuhan, dan ambisi masyarakat. Keputusan mungkin tidak selalu mewakili realitas dan kesulitan masyarakat.
- b. Ketidaksetaraan Akses: Adanya ketimpangan dalam akses terhadap layanan dan pilihan. Beberapa kelompok masyarakat mungkin merasa tidak terwakili atau diabaikan ketika pilihan yang diambil bersifat pasif.
- c. Resistensi atau Ketidakpuasan: Masyarakat yang merasa tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan cenderung tidak merasa bahagia dan mungkin bersikap resisten terhadap kebijakan atau program yang dilaksanakan secara pasif.

Keuntungan dan Tantangan Partisipasi Aktif:

1. Keuntungan:

- a. Hasil yang Lebih Sesuai: Partisipasi aktif menghasilkan hasil yang lebih sesuai dengan kebutuhan dan tujuan masyarakat. Pengambilan keputusan memerlukan keterlibatan langsung dan pemahaman dari kelompok yang terkena dampak.
- b. Pemberdayaan Masyarakat: Dengan memberikan masyarakat suara dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan, keterlibatan aktif akan memperkuat mereka. Hal ini berpotensi meningkatkan kepemilikan, akuntabilitas, dan partisipasi dalam perubahan sosial.
- c. Penghindaran Ketidaksetaraan: Dengan memanfaatkan kesehatan masyarakat yang lebih luas dan beragam, partisipasi aktif dapat membantu meminimalkan kesenjangan dalam akses dan hasil kesehatan.

2. Tantangan:

- a. Waktu dan Sumber Daya: Partisipasi aktif mungkin memerlukan lebih banyak waktu dan sumber daya dibandingkan partisipasi pasif. Hal ini dapat menghambat pengambilan keputusan dan implementasi program.
- b. Konflik dan Ketidaksepakatan: Karena perbedaan pendapat dan kepentingan masyarakat, kemungkinan terjadinya konflik dan perselisihan dalam keterlibatan aktif akan lebih besar.
- c. Keterlibatan yang Tidak Memadai: Dalam kasus tertentu, partisipasi aktif mungkin tidak menghasilkan tingkat keterlibatan masyarakat yang memadai. Akibatnya, pilihan dapat dibuat tanpa umpan balik yang tepat.

Jadi baik partisipasi pasif maupun partisipasi aktif memiliki keuntungan dan tantangan masing-masing. Penting untuk mempertimbangkan konteks dan tujuan tertentu ketika memilih jenis partisipasi yang sesuai dalam suatu situasi. Partisipasi aktif sering dianggap lebih mendukung untuk mencapai hasil yang lebih adil dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, tetapi perlu dikelola dengan bijak untuk mengatasi tantangan yang mungkin timbul.

6.2 Model-Model Partisipasi Masyarakat

Model partisipasi masyarakat merupakan kerangka dan metodologi untuk menggambarkan, memahami, dan merencanakan keterlibatan masyarakat dalam berbagai bidang kehidupan, seperti politik, isu sosial, dan kesehatan. Masing-masing model mencerminkan cara unik untuk melibatkan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan program, serta tindakan yang memengaruhi mereka. Berikut adalah beberapa model partisipasi masyarakat yang umumnya dikenal:

1. Model Arnstein Ladder:

Model ini dikembangkan oleh Sherry Arnstein dan menggambarkan partisipasi masyarakat sebagai tangga dengan delapan tingkat (Arnstein, 1969). Partisipasi ini bervariasi dari partisipasi pasif, dimana masyarakat hanya diberikan informasi, hingga partisipasi aktif, dimana individu memiliki otoritas penuh dalam pengambilan keputusan. Konsep ini menekankan pentingnya pemberdayaan dan partisipasi masyarakat dalam pengambilan kebijakan.

2. Model Sherry Arnstein's Wheel of Participation:

Model ini juga dikembangkan oleh Sherry Arnstein dan menggambarkan partisipasi masyarakat sebagai roda dengan delapan sektor. Setiap kategori menunjukkan besarnya partisipasi masyarakat dalam pengambilan kebijakan dan perencanaan. Semakin kuat pengaruh

masyarakat dalam pengambilan keputusan, maka semakin dekat pula dengan pusat roda.

3. Model Pangeran dan Ribut:

Model ini membagi partisipasi masyarakat menjadi empat tipe: tindakan, konsultasi, partner, dan pendelegasian. Masing-masing jenis mewakili sejauh mana partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan. Pendekatan ini membantu dalam mengidentifikasi tugas dan harapan masyarakat dalam lingkungan tertentu.

4. Model Roger Hart's Ladder of Participation:

Model ini diterapkan terutama dalam konteks partisipasi anak-anak. Model ini menguraikan berbagai tingkat keterlibatan anak-anak dalam pengambilan keputusan yang mengubah hidup, mulai dari manipulasi hingga partisipasi penuh. Hal ini menjelaskan bagaimana anak-anak dapat berpartisipasi dengan sukses dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada mereka (Hart, 2008).

5. Model Social Ecological Model:

Model ini menggambarkan partisipasi masyarakat dalam konteks ekologi sosial. Hal ini mengkaji elemen-elemen yang memengaruhi keterlibatan masyarakat di beberapa tingkatan, seperti individu, keluarga, komunitas, dan sistem. Model ini menjelaskan bagaimana lingkungan sosial memengaruhi keterlibatan masyarakat dalam masalah kesehatan dan sosial (McLeroy et al., 1988).

6. Model *Asset-Based Community Development* (ABCD):

Model ini berfokus pada mengenali kekuatan dan sumber daya masyarakat saat ini, serta bagaimana masyarakat dapat membangun potensinya sendiri dalam mengatasi permasalahan dan meningkatkan kualitas hidup (Kretzmann et al., 1993). Partisipasi masyarakat dalam

model ini didasarkan pada penguatan sumber daya internal komunitas.

Setiap model memiliki pendekatan yang unik dalam memahami dan mengimplementasikan partisipasi masyarakat. Memilih model yang sesuai harus mempertimbangkan tujuan, konteks, dan kebutuhan masyarakat tertentu. Dengan menggunakan kerangka kerja model-model ini, praktisi dan pengambil kebijakan dapat merencanakan partisipasi masyarakat yang lebih efektif dan relevan dalam berbagai inisiatif.

6.2.1 Model Top-Down Vs. Model Bottom-Up Dalam Partisipasi Kesehatan

Model *top-down* vs. model *bottom-up* dalam partisipasi kesehatan" adalah sebuah gagasan yang sangat terkait dengan isu model keterlibatan masyarakat. Fokusnya adalah pada berbagai cara untuk mengintegrasikan masyarakat dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan program kesehatan.

Model *top-down* adalah pendekatan yang seringkali terkait dengan partisipasi pasif. Dalam model ini, keputusan dan kebijakan kesehatan seringkali dibuat oleh pihak berwenang atau profesional kesehatan secara eksklusif. Masyarakat menerima peraturan dan arahan yang telah ditetapkan tanpa banyak masukan dalam proses pengambilan keputusan. Dalam hal pengambilan keputusan yang cepat, hal ini sering dianggap sebagai strategi yang lebih efisien..

Sebaliknya, model *bottom-up* lebih erat terkait dengan partisipasi aktif. Dalam model ini, masyarakat memiliki peran yang lebih proaktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Mereka dapat memberikan komentar, terlibat dalam perancangan program kesehatan, dan bahkan membantu pelaksanaan program di tingkat Masyarakat Partisipasi ini memberikan masyarakat lebih banyak hak untuk bersuara dalam menciptakan inisiatif kesehatan yang memenuhi kebutuhan dan ambisi mereka.

Penjelasan sebelumnya mengenai model partisipasi masyarakat dapat digunakan untuk menunjukkan bagaimana keterlibatan top-down dan bottom-up dapat terjadi dalam berbagai situasi, termasuk kesehatan. Model-model partisipasi masyarakat seperti *Arnstein Ladder* atau *Sherry Arnstein's Wheel of Participation* dapat digunakan untuk mengidentifikasi tingkat partisipasi dalam proses pengambilan keputusan kesehatan. Model-model tersebut membantu mendefinisikan peran dan kendali masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Sebagai contoh, Model-model ini dapat membantu menggambarkan bagaimana masyarakat diminta berpartisipasi dalam pengembangan program kesehatan (bottom-up) atau sekedar diberikan informasi mengenai program yang ada (top-down). Dengan demikian, gagasan “model partisipasi kesehatan top-down vs. bottom-up” merupakan penerapan nyata dari model keterlibatan masyarakat yang telah diuraikan sebelumnya, dengan penekanan pada konteks kesehatan dan peran masyarakat dalam pengambilan keputusan.

6.2.2 Model-Model Partisipasi Masyarakat Yang Telah Terbukti Efektif

Active community involvement has shown to be the key to generating meaningful change in many community development scenarios. Effective community participation models are frameworks and techniques that not only acknowledge the capabilities of communities, but also offer them a critical role in decision-making. When these models are properly applied, their influence may be far-reaching.

Beberapa model yang telah memperlihatkan efektivitasnya dalam berbagai situasi dan menjadi tonggak dalam mewujudkan partisipasi masyarakat yang bermakna termasuk: Model *Community-Based Participatory Research* (CBPR), Model *Asset-Based Community Development* (ABCD), Model *Participatory*

Budgeting, Model Community Health Workers (CHWs), Model Participatory Rural Appraisal (PRA) (Belone et al., 2016).

Masyarakat menjadi bagian penting dalam perancangan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan dan pengembangan masyarakat melalui metode-metode tersebut. Hal ini mendukung pemberdayaan masyarakat dan membuka peluang meraih masa depan yang lebih baik. Kunci keberhasilan dalam menerapkan model-model ini adalah komitmen, kerja sama, dan inklusi semua pihak yang terlibat dalam proses partisipasi Masyarakat.

Model-model partisipasi masyarakat yang telah terbukti efektif adalah kerangka kerja dan pendekatan yang telah berhasil dalam melibatkan masyarakat dalam berbagai konteks, dari pengembangan program kesehatan hingga pembangunan komunitas (Laverack, 2001). Ketika model-model ini diimplementasikan dengan baik, mereka dapat memberikan dampak yang signifikan pada pemecahan masalah, pemberdayaan masyarakat, dan peningkatan kualitas hidup. Berikut adalah penjelasan dan contoh dari setiap model partisipasi masyarakat yang telah terbukti efektif:

1. Model *Community-Based Participatory Research* (CBPR)

In this paradigm, researchers, health professionals, and communities work together to plan, implement, and evaluate health research. The community is not only the topic of the study, but also a collaborator in the process, ensuring that the findings are relevant and valuable to the community.

Contoh: Sebuah penelitian kesehatan komunitas menggunakan pendekatan CBPR untuk mengeksplorasi masalah kesehatan tertentu di suatu wilayah. Komunitas setempat berpartisipasi dalam identifikasi masalah, perencanaan penelitian, dan pelaksanaan intervensi yang sesuai.

2. *Model Asset-Based Community Development (ABCD)*

Pendekatan ini tidak berfokus pada persoalan atau kekurangan, melainkan m²⁸³fokuskan pembangunan masyarakat berdasarkan aset dan sumber daya yang ada dalam masyarakat. Strategi ini memungkinkan masyarakat untuk mengenali dan memanfaatkan sumber daya mereka sendiri untuk memecahkan masalah dan mempersiapkan pertumbuhan yang baik (Lisa, Fuchs, 2001).

Contoh: Sebuah komunitas menggunakan pendekatan ABCD untuk mengidentifikasi sumber daya yang ada, seperti keterampilan dan pengetahuan warga, dan kemudian merencanakan inisiatif pendidikan atau pelatihan berdasarkan aset tersebut.

3. *Model Participatory Budgeting*

Model ini memungkinkan individu untuk berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan penyaluran dana publik. Masyarakat dapat menyampaikan masukan mengenai inisiatif yang relevan dengan komunitas mereka, sehingga menghasilkan kebijakan fiskal yang lebih terbuka dan responsif.

Contoh: Sebuah kota atau wilayah memperkenalkan program partisipatory budgeting yang memungkinkan warga untuk memberikan suara dan memilih proyek-proyek yang akan mendapatkan dana publik, seperti pembangunan taman kota atau perbaikan infrastruktur.

4. *Model Community Health Workers (CHWs)*

Model ini bergantung pada anggota masyarakat yang terlatih (CHWs) untuk memberikan layanan kesehatan di lingkungan sekitar mereka. CHW bertindak sebagai jembatan antara layanan kesehatan formal dan masyarakat, meningkatkan aksesibilitas dan pemahaman kesehatan..

Contoh: Di daerah pedesaan di Afrika, CHWs dilibatkan dalam memberikan edukasi kesehatan, perawatan dasar, dan pemantauan kesehatan kepada penduduk setempat, membantu mengurangi angka kematian anak dan meningkatkan pemahaman kesehatan masyarakat.

5. Model *Participatory Rural Appraisal* (PRA)

Model ini digunakan dalam pengembangan masyarakat pedesaan dan melibatkan masyarakat dalam pengumpulan dan analisis data mengenai isu-isu, sumber daya, dan potensi masyarakat. PRA mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan dan pengambilan keputusan..

Contoh: Sebuah proyek pembangunan pedesaan menggunakan metode PRA untuk memahami masalah pertanian lokal. Masyarakat berpartisipasi dalam pemetaan tanah, identifikasi masalah pertanian, dan merencanakan solusi yang sesuai.

Model-model ini telah terbukti efektif dalam menghasilkan perubahan yang baik dalam berbagai situasi masyarakat. Mereka mendorong ²⁷⁴ keterlibatan aktif masyarakat, pemberdayaan, dan pemanfaatan sumber daya yang tersedia untuk mengatasi masalah dan merencanakan masa depan. Dedikasi, kolaborasi, dan keterlibatan seluruh pemangku kepentingan yang berpartisipasi dalam proses partisipasi masyarakat sering kali diperlukan agar pendekatan ini berhasil..

6.3 Manfaat Partisipasi Masyarakat Dalam Kesehatan

Pemahaman kita terhadap kesehatan dan perawatan medis telah mencapai tingkat yang tak tertandingi dalam lingkungan yang terus berubah. Kita memiliki akses terhadap informasi penyakit yang komprehensif, obat-obatan inovatif,

dan teknologi medis mutakhir. Namun, penting untuk diingat bahwa kesehatan lebih dari sekedar pengetahuan ilmiah dan perawatan medis. Hal ini juga mencakup elemen sosial, budaya, dan ekonomi yang berdampak pada kesejahteraan individu dan komunitas. Partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan dan perawatan medis muncul sebagai aspek kunci dalam memastikan keseimbangan yang tepat antara ilmu kedokteran dan kebutuhan manusia.

Partisipasi masyarakat mengacu pada proses melibatkan masyarakat dalam perancangan, pelaksanaan, dan evaluasi layanan kesehatan yang mereka terima. Hal ini mencakup berbagai jenis partisipasi, mulai dari memberikan nasihat mengenai kebijakan kesehatan hingga membantu melaksanakan inisiatif kesehatan di tingkat masyarakat. Pentingnya keterlibatan kesehatan masyarakat tidak hanya berasal dari nilai-nilai kemanusiaan, namun juga dari kesadaran bahwa individu yang berpartisipasi aktif dalam pelayanan kesehatannya akan mempunyai hasil kesehatan yang lebih baik. Individu dan kelompok dapat mempunyai suara dalam pengobatan mereka sendiri, memahami kebijakan yang berdampak pada mereka, dan berkontribusi terhadap perbaikan sistem layanan kesehatan secara umum melalui partisipasi masyarakat. Bayangkan sebuah kota pedesaan di negara berkembang yang menghadapi masalah kesehatan utama, seperti berkembangnya penyakit menular. Dalam hal ini, partisipasi masyarakat berarti masyarakat setempat membantu mengidentifikasi masalah, mengembangkan tindakan pencegahan, dan melaksanakan program vaksinasi. Anggota masyarakat akan merasa lebih bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan akan lebih cenderung menerapkan tindakan pencegahan yang direkomendasikan (Benjamin Derck, 2002).

Partisipasi masyarakat juga membuka kemungkinan kebijakan kesehatan yang lebih eligibel dan berkelanjutan. Kebijakan kesehatan dapat menjawab kebutuhan khusus masyarakat dengan lebih baik ketika mereka mempunyai hak suara dalam pengambilan keputusan. Partisipasi masyarakat, misalnya, dapat membantu terciptanya program aksesibilitas layanan kesehatan bagi kelompok masyarakat yang kurang beruntung atau dalam mengartikulasikan tuntutan khusus masyarakat adat dalam pengembangan program kesehatan. Partisipasi masyarakat dapat membantu meningkatkan komunikasi antara praktisi kesehatan dan pasien dalam lingkungan yang semakin terhubung. Pasien yang terlibat secara aktif dalam pengambilan keputusan mengenai perawatannya sendiri akan lebih senang dengan perawatan yang diterimanya dan lebih konsisten dalam menjalani terapi. Pandemi COVID-19 telah menunjukkan perlunya keterlibatan masyarakat dalam bidang kesehatan dalam skala dunia (WHO, 2020). Masyarakat di seluruh dunia telah diberikan alat yang mereka perlukan untuk mengikuti standar kesehatan masyarakat, terlibat dalam perilaku pencegahan, dan mendukung inisiatif imunisasi. Bantuan mereka sangat penting dalam membatasi penyebaran virus dan menjaga kesehatan masyarakat secara umum.

Keterlibatan masyarakat dalam bidang kesehatan sangat penting untuk menciptakan sistem layanan kesehatan yang lebih efektif dan responsif. Ketika masyarakat secara aktif terlibat dalam kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program-program kesehatan, banyak manfaat positif dapat diidentifikasi (WHO, 2016):

1. Pemahaman yang Lebih Baik tentang Kebutuhan Komunitas

Partisipasi masyarakat memungkinkan adanya kesadaran yang lebih baik terhadap permasalahan kesehatan

masyarakat. Masyarakat dapat secara langsung berkontribusi dengan memberikan masukan tentang prioritas kesehatan dan isu-isu yang perlu diatasi.

2. Penyelarasan dengan Kebutuhan Lokal

Pelayanan kesehatan dapat lebih disesuaikan dengan kebutuhan lokal dengan melibatkan Masyarakat. Ini membantu menghindari pendekatan satu arah untuk semua, yang mungkin tidak efektif atau relevan untuk setiap komunitas.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Partisipasi masyarakat memungkinkan pemberdayaan masyarakat. Melalui peran aktif dalam pengambilan keputusan, masyarakat merasa memiliki kendali atas kesehatannya sendiri. Ini dapat meningkatkan motivasi untuk mengikuti perawatan dan mengadopsi perilaku sehat.

4. Meningkatkan Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Jaminan³¹ bahwa layanan kesehatan lebih mudah diakses oleh masyarakat dapat dilakukan dengan partisipasi masyarakat dalam pengembangan dan pelaksanaan inisiatif kesehatan. Ini termasuk memperbaiki akses fisik ke fasilitas kesehatan dan memahami faktor sosial, budaya, atau ekonomi yang memengaruhi akses.

5. Kualitas Perawatan yang Lebih Tinggi

Masyarakat dapat memberikan umpan balik langsung mengenai pengalaman mereka dengan layanan kesehatan melalui partisipasi masyarakat, yang dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Ini membantu mengidentifikasi perbaikan yang perlu dilakukan.

6. Peningkatan Kesadaran Kesehatan Program partisipasi masyarakat seringkali mencakup edukasi kesehatan. Hal ini meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang

pentingnya perawatan kesehatan preventif dan menjalani gaya hidup sehat.

7. Peningkatan Keberlanjutan Program

Ketika masyarakat merasa memiliki inisiatif kesehatan, program tersebut kemungkinan besar akan bertahan dan berkembang dalam jangka panjang. Masyarakat dapat berperan dalam menjaga program tetap relevan dan efektif.

8. Peningkatan Pemantauan dan Evaluasi partisipasi masyarakat memungkinkan masyarakat untuk memantau dan menilai layanan kesehatan secara langsung. Ini membantu mengidentifikasi masalah dengan cepat dan membuat perubahan yang diperlukan.

Melalui partisipasi masyarakat, kesehatan menjadi isu yang lebih inklusif dan berkelanjutan. Dengan memahami kebutuhan dan perspektif masyarakat secara lebih baik, program-program kesehatan dapat lebih efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Dalam kesimpulannya, manfaat partisipasi masyarakat dalam kesehatan menciptakan sistem yang lebih manusiawi, responsif, dan berkelanjutan.

6.3.1 Peningkatan Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Salah satu manfaat utama partisipasi masyarakat di bidang kesehatan adalah peningkatan akses terhadap layanan kesehatan. Kapasitas seseorang atau komunitas untuk memperoleh layanan kesehatan kritis tanpa hambatan berarti disebut aksesibilitas. Layanan kesehatan dapat diciptakan dan disesuaikan agar lebih mudah diakses oleh masyarakat ketika mereka secara aktif terlibat dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan.

Bayangkan sebuah desa yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan. Tanpa keterlibatan masyarakat, pemerintah mungkin tidak menyadari betapa sulitnya akses masyarakat terhadap

layanan kesehatan. Sebaliknya, masyarakat dapat mengenali tantangan aksesibilitas ini dan melibatkan pemangku kepentingan untuk mengembangkan solusi ketika mereka dilibatkan dalam proses perencanaan. Fasilitas kesehatan keliling atau layanan transportasi kesehatan khusus mungkin diperlukan untuk menjamin bahwa anggota masyarakat dapat dengan mudah mendapatkan layanan yang mereka perlukan.

Partisipasi masyarakat, selain akses fisik, dapat membantu memahami elemen sosial, budaya, dan ekonomi yang berdampak pada aksesibilitas. Masyarakat dapat mengungkapkan keinginan mereka akan layanan kesehatan yang lebih murah atau pemahaman yang lebih baik mengenai praktik kesehatan yang dapat diterima secara budaya. Hal ini memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk merancang program yang lebih peka terhadap kebutuhan komunitas tersebut.

Selain itu, partisipasi masyarakat dapat membantu mengatasi hambatan keuangan yang biasanya menghambat banyak orang untuk mendapatkan layanan kesehatan. Program bantuan keuangan atau rencana asuransi kesehatan yang murah dapat dilakukan dengan menganalisis kesulitan ekonomi masyarakat. Hal ini akan membantu menjamin bahwa biaya bukan merupakan hambatan besar dalam men²⁸⁷ a perawatan medis yang diperlukan. Partisipasi masyarakat juga dapat memainkan peran penting dalam memastikan bahwa tes, imunisasi, dan informasi penting lainnya dapat diakses secara bebas oleh semua orang dalam kondisi kesehatan tertentu, seperti pandemi COVID-19. Masyarakat yang terlibat dapat membantu dalam penyebaran informasi, pengorganisasian ¹⁴ lilitas pengujian atau vaksinasi di wilayah yang dapat diakses, dan memastikan tidak ada seorang pun yang tertinggal dalam respons pandemi.

Pentingnya meningkatkan akses layanan kesehatan melalui partisipasi masyarakat tidak dapat dilebih-lebihkan. Hal ini berkontribusi dalam menutup kesenjangan akses terhadap layanan

kesehatan dengan memastikan bahwa semua individu, terlepas dari latar belakang ekonomi, geografis, atau budaya¹⁶ memiliki akses terhadap pengobatan yang mereka perlukan. Oleh karena itu, partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan lebih dari sekedar mendengarkan pendapat mereka; ini juga tentang mengembangkan sistem kesehatan yang lebih inklusif dan adil.

Selain peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan, ada banyak aspek penting lainnya yang perlu diperhatikan. Mari kita melanjutkan dengan melihat beberapa topik penting lainnya terkait dengan partisipasi masyarakat dalam kesehatan: (1) Peningkatan Kesadaran Kesehatan; Partisipasi masyarakat juga dapat membantu meningkatkan kesadaran kesehatan di masyarakat. Ketika masyarakat terlibat dalam program edukasi kesehatan dan kampanye pencegahan, mereka cenderung lebih sadar akan pentingnya menjaga kesehatan mereka sendiri dan keluarga mereka. (2) Mendorong Perilaku Kesehatan yang Positif; Masyarakat dapat berperan dalam mendorong perilaku kesehatan yang lebih baik dengan berpartisipasi aktif dalam penciptaan dan pelaksanaan inisiatif kesehatan. Ini termasuk mempromosikan gaya hidup sehat, seperti makanan bergizi, aktivitas fisik, dan berhenti merokok. (3) Pemantauan dan Evaluasi yang Terbaik; Partisipasi masyarakat juga membantu dalam pemantauan dan penilaian layanan kesehatan. Masyarakat yang terlibat dapat memberikan umpan balik berharga tentang efektivitas program dan membantu dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. (4) Pemberdayaan Masyarakat; Masyarakat percaya bahwa mereka mer⁴punyai suara yang lebih besar dalam menentukan pilihan yang berdampak pada kehidupan mereka ketika mereka berpartisipasi. Ini menciptakan rasa tanggung jawab dan pemberdayaan yang dapat berlanjut melampaui bidang kesehatan. (5) Peran dalam Penanganan Krisis Kesehatan; Partisipasi masyarakat juga penting dalam menghadapi krisis kesehatan seperti pandemi. Masyarakat yang terlibat dapat

membantu dalam penyediaan informasi yang akurat, mendistribusikan bantuan, dan memastikan bahwa upaya penanganan krisis dilakukan dengan koordinasi yang baik. (6) Ruang Kolaborasi; Partisipasi masyarakat menciptakan potensi kolaborasi yang kuat antara berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, lembaga kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Ini dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi program kesehatan. (7) Menghadapi Tantangan Global; Partisipasi masyarakat dapat membantu perumusan solusi yang tepat dan berkelanjutan terhadap permasalahan global seperti perubahan iklim, urbanisasi, dan penyakit baru..

Dari kajian terhadap faktor-faktor tersebut, kita dapat lihat bahwa keterlibatan masyarakat dalam bidang kesehatan tidak hanya memberikan manfaat bagi individu, namun juga memberikan kontribusi yang signifikan di tingkat masyarakat dan bahkan dalam skala yang lebih besar. Ini adalah langkah penting dalam menciptakan sistem kesehatan yang lebih inklusif, adil, dan berkelanjutan.

6.3.2 Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan

Salah satu dampak menguntungkan dari partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan layanan kesehatan adalah peningkatan kualitas layanan kesehatan. Partisipasi masyarakat penting tidak hanya untuk memberikan individu dan komunitas suara dalam isu-isu terkait kesehatan, namun juga untuk meningkatkan kualitas layanan dan layanan kesehatan yang ditawarkan secara keseluruhan.. Ketika masyarakat terlibat dalam perencanaan layanan kesehatan, mereka membawa berbagai perspektif dan pengalaman yang beragam. Ini menciptakan kesempatan untuk merancang layanan yang lebih inklusif dan sensitif terhadap kebutuhan serta preferensi individu. Misalnya, dalam situasi di mana masyarakat secara aktif berpartisipasi dalam

perencanaan kesehatan²²³, mereka dapat membantu mengidentifikasi praktik kesehatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan kepercayaan mereka sendiri, yang pada gilirannya dapat meningkatkan penerimaan dan efektivitas perawatan.

Selain itu, partisipasi masyarakat juga menciptakan mekanisme umpan balik langsung tentang kualitas layanan kesehatan. Masyarakat dapat memberikan masukan penting mengenai efektivitas layanan dan bantuan dalam mendeteksi masalah atau kekurangan pengobatan ketika mereka aktif dalam memantau dan menilai program kesehatan. Dengan kata lain, partisipasi masyarakat akan membangun sistem pemantauan yang lebih kuat dan berkesinambungan yang mampu memberikan masukan secara real-time kepada praktisi layanan kesehatan. Pentingnya partisipasi masyarakat dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan juga dapat dilihat dalam konteks perawatan pasien individu. Ketika pasien secara aktif terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka sendiri, ini dapat mengarah pada perawatan yang lebih personal, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien yang merasa memiliki kendali atas perawatan mereka cenderung lebih puas dengan hasil perawatan dan lebih termotivasi untuk mengikuti rencana perawatan mereka.

Partisipasi dalam komunitas juga memberikan kemungkinan terjadinya pembelajaran bersama antara praktisi kesehatan dan pasien. Kedua belah pihak dapat lebih memahami sudut pandang satu sama lain dan menciptakan hubungan yang lebih kuat dalam suasana terbuka dan dialogis. Hal ini meletakkan dasar bagi pengobatan yang lebih dapat diandalkan, berjangka panjang, dan personal. Dalam situasi-situasi kesehatan yang mendesak, seperti pandemi COVID-19, partisipasi masyarakat dapat memainkan peran yang sangat penting dalam mengidentifikasi solusi yang kreatif dan adaptif untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Masyarakat yang

terlibat dapat membantu menyebarkan informasi yang benar, mengoordinasikan penyediaan perala¹¹ medis yang diperlukan, dan menyebarkan praktik pencegahan yang lebih baik. Oleh karena itu, partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan lebih dari sekedar memberikan suara kepada masyarakat; ini juga tentang meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan. Hal ini menghasilkan sistem layanan kesehatan yang lebih fleksibel, mudah beradaptasi, dan fokus pada perbaikan berkelanjutan. Dalam proses ini, partisipasi masyarakat berperan sebagai katalisator perubahan baik dalam layanan kesehatan yang bermanfaat bagi semua orang dan mengarah ke masa depan yang lebih sehat. Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan juga merupakan komponen penting dalam mengembangkan sistem kesehatan yang efektif, inklusif, dan berkelanjutan. Ketika seseorang yakin bahwa mereka punya hak untuk mengambil keputusan terkait kesehatan, maka hal ini akan menciptakan dorongan besar untuk perbaikan terus-menerus dalam layanan kesehatan. Partisipasi dalam masyarakat meningkatkan daya tanggap sistem kesehatan terhadap berbagai kebutuhan dan perubahan dinamis dalam masalah kesehatan. Hal ini berarti sistem layanan kesehatan lebih siap menghadapi skenario darurat seperti pandemi dan bencana alam, serta lebih siap beradaptasi dengan pengetahuan dan teknologi medis baru.

Selain itu, partisipasi masyarakat penting dalam mengembangkan sistem kesehatan yang peka terhadap keragaman sosial, budaya, dan ekonomi. Hal ini memberikan ruang bagi berbagai kelompok masyarakat untuk berpartisipasi dalam perencanaan kesehatan, sehingga menghasilkan kebijakan dan layanan yang lebih egaliter dan responsif terhadap kebutuhan masing-masing individu. Terakhir, partisipasi masyarakat membantu mengarahkan perhatian sistem kesehatan menuju tujuan yang konsisten dengan peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup semua orang. Hal ini menumbuhkan suasana di

mana cita-cita kesehatan universal dapat dicapai, dengan akses yang setara dan merata terhadap layanan kesehatan yang unggul bagi semua orang. Partisipasi masyarakat juga menjadi pengalaman pembelajaran dalam proses ini. Masyarakat yang berpartisipasi dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan belajar tentang hak dan kewajiban mereka, nilai pendidikan kesehatan, dan bagaimana memengaruhi perubahan yang baik dalam sistem layanan kesehatan mereka. Hal inilah yang akan mengarah pada masa depan yang lebih sehat, dimana kolaborasi antara individu, komunitas, dan penyedia layanan kesehatan berfungsi sebagai landasan bagi kemajuan berkelanjutan dalam kualitas layanan kesehatan dan kesejahteraan umum.

Untuk memberikan pemahaman yang lebih konkret tentang bagaimana partisipasi masyarakat dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan, berikut beberapa contoh nyata:

1. Pengembangan Program Pemantauan Kesehatan di Komunitas; Komunitas pedesaan yang mempunyai permasalahan kesehatan yang unik, seperti tingginya insiden penyakit menular, dapat menyusun program pemantauan kesehatan. Komunitas lokal bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dan organisasi non-pemerintah untuk merancang sistem pemantauan yang mencakup pemantauan penyakit dan pelaporan gejala. Dengan partisipasi aktif masyarakat, penyedia layanan kesehatan dapat merespons kasus penyakit yang muncul dengan lebih cepat, dan program pencegahan dapat disesuaikan dengan kebutuhan aktual.
2. Penyusunan Kebijakan Kesehatan yang Sensitif Budaya; Dalam masyarakat dengan budaya yang beragam, keterlibatan masyarakat sangat penting dalam merumuskan kebijakan kesehatan yang menghormati keragaman budaya. Komite kesehatan budaya yang melibatkan perwakilan dari berbagai kelompok etnis dan

agama bekerja sama dengan pemerintah dan penyedia layanan kesehatan untuk mengevaluasi kebijakan dan praktik kesehatan yang ada. Hasilnya adalah kebijakan yang lebih inklusif dan menghormati nilai-nilai dan kepercayaan setiap kelompok masyarakat.

3. Partisipasi Pasien dalam Perawatan Kesehatan; Secara individual, keterlibatan komunitas mencakup peran pasien dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan mereka. Seorang pasien yang terlibat secara aktif dalam diskusi dengan dokternya tentang pilihan perawatan yang tersedia, risiko, dan manfaatnya, dapat menghasilkan perawatan yang lebih tepat dan personal. Pasien yang terlibat juga lebih cenderung untuk mengikuti rencana ²³⁸awatan mereka dengan lebih baik.
4. Penanganan Pandemi COVID-19; Selama pandemi COVID-19, partisipasi masyarakat telah memainkan peran penting dalam penyebaran informasi yang akurat, distribusi vaksinasi, dan mematuhi protokol pencegahan. Komunitas lokal mengoordinasikan kampanye vaksinasi besar-besaran, mendidik penduduk mengenai tindakan pencegahan, dan menyediakan sumber daya dan bantuan kepada mereka yang terkena dampak epidemi.
5. Evaluasi Program Kesehatan; Partisipasi masyarakat juga membantu dalam evaluasi program-program kesehatan yang ada. Komite evaluasi yang melibatkan warga komunitas dan perwakilan organisasi non-pemerintah dapat memberikan wawasan berharga tentang efektivitas program dan menciptakan ruang untuk perbaikan berkelanjutan.
6. Keberlanjutan Program Kesehatan; Partisipasi masyarakat juga penting dalam menjamin kelangsungan layanan kesehatan dalam jangka panjang. Ketika masyarakat merasa memiliki atas inisiatif yang ada, mereka akan lebih

aktif dalam mempertahankan keberlangsungan program setelah program tersebut dimulai. Hal ini mencakup program imunisasi, inisiatif promosi kesehatan, dan inisiatif pencegahan penyakit (Mcleroy et al., 1988). Partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga program-program ini dapat menghindari pemutusan yang berpotensi merugikan.

7. Pengadaan dan Manajemen Sumber Daya; Partisipasi masyarakat juga terkait dengan pengelolaan sumber daya kesehatan yang lebih efektif. Masyarakat yang berpartisipasi dalam menentukan kebutuhan mereka dapat membantu mengarahkan alokasi sumber daya kesehatan dengan lebih baik. Hal ini dapat mengurangi limbah dan menjamin bahwa sumber daya digunakan secara maksimal untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang mendesak.
8. Peningkatan Mutu Pendidikan Kesehatan: Pendidikan kesehatan merupakan komponen penting dari inisiatif kesehatan masyarakat. Partisipasi masyarakat dalam perancangan materi pendidikan kesehatan dapat menjamin bahwa informasi yang disajikan relevan dengan kebutuhan dan pemahaman mereka. Hal ini berkontribusi pada kesadaran yang lebih baik mengenai praktik kesehatan yang benar di masyarakat dan mendorong perubahan perilaku positif.
9. Advokasi dan Pengaruh Politik; Partisipasi dalam masyarakat juga melibatkan posisi dalam pengaruh politik dan advokasi. Komunitas yang terlibat dapat menjadi pendorong perubahan kebijakan kesehatan di tingkat lokal, regional, dan nasional. Mereka dapat mengadvokasi isu-isu kesehatan yang penting bagi mereka dan membujuk para pejabat untuk mengambil tindakan.
10. Pemberdayaan dan Pembangunan Komunitas; Partisipasi masyarakat juga merupakan strategi kunci pemberdayaan

masyarakat. Orang-orang yang berpartisipasi dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan mengembangkan rasa tanggung jawab dan penghargaan atas peran mereka dalam menjaga kesehatan masyarakat. Hal ini juga dapat mendorong pertumbuhan masyarakat yang lebih kuat secara sosial dan ekonomi.

Masyarakat yang berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan berpotensi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga lebih responsif dan berkelanjutan terhadap kebutuhan masyarakat. Selain itu, contoh-contoh spesifik mengenai bagaimana partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan dapat menghasilkan perbaikan yang bermanfaat dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan juga diberikan. Partisipasi ini menumbuhkan dinamika yang lebih seimbang dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan dengan memastikan bahwa sudut pandang dan kebutuhan masyarakat terwakili dalam kebijakan dan inisiatif kesehatan. Hal ini juga mendorong kolaborasi yang lebih mendalam antara masyarakat dan profesional layanan kesehatan, sehingga dapat menghasilkan sistem layanan kesehatan yang lebih efektif dan responsif. Dalam konteks global yang terus berubah, partisipasi masyarakat sangat penting untuk mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik bagi semua orang.

77

6.3.3 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengambilan Keputusan

Pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan merupakan suatu gagasan penting yang mencoba memberikan partisipasi aktif warga atau anggota masyarakat dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan. Melibatkan masyarakat dalam pengembangan, pelaksanaan, dan penilaian layanan kesehatan, bukan sekedar

penyampaian informasi. Tujuannya adalah untuk memberikan landasan yang lebih demokratis dan adil bagi pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dalam konteks kesehatan melibatkan beberapa aspek utama. Pertama, ada partisipasi aktif masyarakat, di mana mereka diundang untuk berperan dalam berbagai tahap pengambilan keputusan kesehatan, termasuk pembuatan kebijakan dan perencanaan program. Salah satu komponen kunci dari gagasan pemberdayaan dalam pengambilan keputusan kesehatan adalah partisipasi aktif masyarakat. Hal ini mencakup upaya untuk menyambut dan melibatkan masyarakat dalam berbagai tahap pengambilan keputusan di bidang kesehatan, seperti pengembangan kebijakan dan perencanaan program kesehatan. Menyadari bahwa masyarakat merupakan pemangku kepentingan utama dalam konteks kesehatan menggarisbawahi perlunya partisipasi masyarakat secara aktif. Mereka adalah orang-orang yang a¹⁰² terkena dampak kebijakan dan program kesehatan²⁰⁵ dan oleh karena itu, mereka mempunyai hak yang sah untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan yang berdampak pada kehidupan dan kesejahteraan mereka. Hal ini berbeda dengan paradigma paternalistik, yang mana pilihan kesehatan hanya ditentukan oleh pemerintah atau pakar kesehatan tanpa berkonsultasi dengan masyarakat yang terkena dampak..

Partisipasi masyarakat secara aktif memungkinkan suara masyarakat didengar. Hal ini memungkinkan orang untuk mengekspresikan kebutuhan, tujuan, dan kekhawatiran mereka yang berhubungan dengan kesehatan. Selain itu, hal ini juga memberdayakan masyarakat untuk memasukkan pendapat mereka sendiri ke dalam pengambilan keputusan. Masyarakat sering kali memiliki kesadaran yang lebih baik mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan mereka, sehingga dapat membantu pengembangan kebijakan dan layanan yang lebih relevan dan berhasil. Dalam praktiknya, partisipasi aktif masyarakat dapat

dilakukan dalam berbagai bentuk. Hal ini dapat mencakup pertemuan komunitas lokal, regional, atau nasional, debat kelompok, atau forum keterlibatan komunitas. Masyarakat juga dapat berpartisipasi dalam kelompok kerja atau komite yang menangani permasalahan kesehatan tertentu. Masyarakat bahkan dapat memiliki keterwakilan mereka sendiri dalam proses pengambilan keputusan formal, seperti menjadi komisaris kesehatan atau organisasi advokasi, dalam beberapa situasi. Secara keseluruhan, partisipasi aktif masyarakat merupakan landasan pemberdayaan kesehatan. Hal ini ³⁷ menciptakan landasan yang lebih inklusif, demokratis, dan adil dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan, sehingga menjadikan kebijakan dan layanan kesehatan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat yang dilayani. Kita dapat membangun sistem kesehatan yang lebih kuat dengan mengintegrasikan masyarakat dalam pengambilan keputusan, yang lebih responsif terhadap sudut pandang, tujuan, dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Kemudian, ada upaya untuk memberikan akses yang setara kepada informasi kesehatan yang relevan, memastikan bahwa masyarakat memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang informasional tentang kesehatan mereka. Akses yang setara terhadap informasi kesehatan yang relevan merupakan ide penting dalam memungkinkan ³⁰¹ masyarakat mengambil keputusan kesehatan. Hal ini mencakup ²²⁷ memastikan ²²⁷ wa semua orang, kelompok, atau masyarakat memiliki akses yang sama terhadap informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang terdidik. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa individu hanya dapat berhasil terlibat jika mereka memiliki pemahaman menyeluruh tentang masalah kesehatan saat ini, penyebabnya, pilihan pengobatan yang dapat diakses, dan tindakan pencegahan. Dengan memastikan akses yang setara terhadap informasi kesehatan, kami memberdayakan masyarakat untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri. Mereka dapat

membuat keputusan perawatan pribadi yang lebih baik, melakukan tindakan pencegahan yang diperlukan, dan secara cerdas menggunakan sumber daya kesehatan yang ada. Selain itu, akses yang setara terhadap informasi kesehatan memungkinkan masyarakat untuk berpartisipasi lebih aktif dalam proses pengambilan keputusan yang lebih luas, seperti pengembangan kebijakan kesehatan atau perencanaan program kesehatan masyarakat. Mereka dapat berperan sebagai pendukung perbaikan sistem kesehatan dan mengartikulasikan keinginan dan tujuan mereka jika mereka memiliki kesadaran yang lebih baik mengenai permasalahan kesehatan.

Langkah-langkah praktis untuk memberikan akses yang setara terhadap informasi kesehatan mencakup pembuatan alat bantu pengajaran yang mudah didapat seperti buklet, pamflet, dan situs informasi. Hal ini juga melibatkan pendidikan kesehatan dengan tujuan meningkatkan literasi kesehatan masyarakat. Mendorong komunikasi terbuka di antara para ahli kesehatan, penyedia layanan, dan masyarakat umum merupakan komponen penting lainnya dalam menyediakan akses informasi yang adil. Kami mendorong kegiatan pemberdayaan kesehatan masyarakat dengan menawarkan akses yang setara terhadap informasi kesehatan. Ini bukan hanya tentang penyampaian informasi; ini juga tentang memberdayakan individu untuk berpartisipasi aktif dalam layanan kesehatan mereka sendiri dan proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi kesehatan mereka secara keseluruhan. Selanjutnya, pemberdayaan masyarakat menciptakan keseimbangan kekuasaan, mengubah lingkungan menjadi lebih demokratis dan adil sehingga masyarakat memiliki kontrol atas masalah-masalah kesehatan mereka. Keseimbangan kekuasaan adalah konsep penting dalam konteks pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Konsep ini mengacu pada upaya untuk menciptakan situasi di mana kekuasaan tidak terkonsentrasi secara eksklusif pada pihak berwenang atau

profesional kesehatan, tetapi didistribusikan secara lebih merata di antara individu, kelompok, atau komunitas yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan kesehatan. Pentingnya keseimbangan kekuasaan adalah menghindari model paternalistik yang telah lama mendominasi dunia kesehatan, di mana pihak berwenang atau profesional kesehatan secara eksklusif menentukan apa yang terbaik untuk masyarakat tanpa melibatkan mereka dalam proses pengambilan keputusan. Dalam model ini, masyarakat seringkali menjadi pasif, hanya menjadi penerima layanan kesehatan yang diputuskan oleh pihak berwenang.

Keseimbangan kekuasaan mendorong masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam pengambilan keputusan kesehatan. Hal ini menumbuhkan suasana di mana masyarakat memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap permasalahan kesehatan yang memengaruhi kehidupan mereka. Masyarakat mempunyai hak untuk menyatakan kebutuhan, tujuan, dan sasaran kesehatannya. Hasilnya, perimbangan kekuasaan memberikan landasan yang lebih demokratis dalam merancang dan melaksanakan kebijakan layanan kesehatan. Mengadopsi pendekatan kolaboratif dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan adalah salah satu metode untuk membangun keseimbangan kekuasaan. Hal ini memerlukan pengakuan bahwa berbagai pemangku kepentingan, seperti masyarakat, pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi non-pemerintah, dan sektor bisnis, memiliki peran penting dalam mengatasi tantangan kesehatan. Kemitraan ini memungkinkan pengumpulan sumber daya dan keahlian untuk mencapai perubahan kesehatan yang lebih besar. Selain itu, keseimbangan kekuasaan dalam proses pengambilan keputusan di bidang kesehatan mencakup keterbukaan dan akuntabilitas. Hal ini berarti bahwa informasi mengenai kebijakan dan layanan kesehatan harus tersedia secara bebas bagi masyarakat, dan masyarakat harus memiliki akses terhadap metode untuk menyampaikan keluhan,

memberikan umpan balik, dan melakukan advokasi untuk perubahan.

Perimbangan kekuatan berfungsi untuk menciptakan lingkungan yang lebih adil dalam konteks pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan, di mana semua orang dan kelompok memiliki keterlibatan yang setara dalam memulai, merencanakan, dan melaksanakan tindakan kesehatan yang kritis. Hal ini juga berkontribusi dalam membuat kebijakan dan program kesehatan menjadi lebih relevan dan berhasil karena didasarkan pada pengetahuan yang lebih luas mengenai kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dilayani. Oleh karena itu, keseimbangan kekuatan merupakan komponen penting dalam mendorong sistem kesehatan yang lebih inklusif dan responsif. Ini juga mencakup pengaruh politik dan advokasi, di mana masyarakat memiliki peran dalam pengambilan kebijakan kesehatan dan mendorong perubahan yang lebih baik. Pengaruh politik dan advokasi adalah dua aspek penting dalam konteks pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Konsep ini mengacu pada peran yang dimainkan oleh masyarakat dalam mempengaruhi kebijakan dan program kesehatan serta dalam memastikan bahwa kepentingan mereka diwakili dengan baik dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan.

Partisipasi masyarakat dalam memengaruhi pembuatan, implementasi, dan penilaian kebijakan kesehatan disebut dengan pengaruh politik. Hal ini mencakup upaya membujuk pemangku kepentingan, seperti pemerintah, lembaga kesehatan, dan organisasi lain, untuk menerima atau mengubah kebijakan kesehatan yang ada. Advokasi, kampanye, lobi, dan partisipasi dalam proses politik seperti pemilihan umum atau pemilihan kota adalah cara-cara yang bisa dilakukan masyarakat untuk mencapai hal ini. Pengaruh politik membantu menjamin bahwa sudut pandang dan kebutuhan masyarakat didengarkan dalam

pembuatan kebijakan kesehatan, sehingga menghasilkan kebijakan yang lebih disesuaikan dengan konteks dan realitas masyarakat yang mereka layani. Advokasi, di sisi lain, adalah promosi atau dukungan yang disengaja terhadap subjek atau tujuan tertentu. Advokasi dalam konteks kesehatan mencakup upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan, menyuarakan topik-topik penting, dan menggalang dukungan untuk perubahan. Pendidikan masyarakat, kampanye informasi, dan upaya yang bertujuan untuk memengaruhi opini masyarakat dan pemangku kepentingan mengenai masalah kesehatan tertentu adalah contohnya. Bekerja dengan kelompok lain yang memiliki kepentingan serupa dalam mencapai tujuan kesehatan bersama juga dapat dianggap sebagai advokasi.

Pengaruh dan advokasi politik penting karena membuka pintu bagi masyarakat untuk terlibat aktif dalam proses pengembangan dan penerapan kebijakan kesehatan. Hal ini membantu mencegah pendekatan paternalistik di mana pihak berwenang atau pakar kesehatan menentukan apa yang terbaik bagi masyarakat tanpa melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan. Dalam pengaturan ini, masyarakat sering kali menjadi pengguna pasif layanan kesehatan yang ditentukan oleh negara. Kami mengembangkan sistem kesehatan yang lebih inklusif dan responsif dengan melibatkan masyarakat dalam pengaruh politik dan advokasi. Masyarakat menjadi agen perubahan yang aktif, dengan pengaruh yang lebih besar terhadap kesehatan mereka sendiri dan kesehatan komunitas mereka. Mereka dapat mengangkat topik-topik yang mungkin teral²⁴⁶an atau kurang terwakili dalam kebijakan kesehatan, sehingga dapat berkontribusi pada solusi yang lebih baik. Dalam praktiknya, pengaruh dan advokasi politik dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, seperti kampanye advokasi, protes, kelompok kerja, dan keterlibatan dalam pemilu atau proses politik lainnya. Hal ini merupakan alat penting untuk menjembatani kesenjangan antara kebijakan

kesehatan yang direncanakan dan realitas kebutuhan masyarakat yang berbeda-beda. Oleh karena itu, pengaruh politik dan lobi merupakan komponen penting dalam upaya untuk memberikan perubahan positif pada kesehatan masyarakat dan mencapai hasil kesehatan yang lebih baik.

Kolaborasi antar-pihak adalah aspek penting lainnya, memungkinkan kerja sama efektif antara masyarakat, pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta. Aliansi ini mengumpulkan sumber daya dan pengetahuan untuk mencapai perubahan kesehatan yang lebih besar. Salah satu bagian terpenting dalam pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan adalah kolaborasi antar pihak. Kolaborasi yang efektif antara beragam pemangku kepentingan yang terlibat dalam masalah kesehatan, seperti masyarakat, pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi non-pemerintah, dan sektor komersial, disebut sebagai gagasan ini. Kemitraan ini berupaya untuk menghasilkan sinergi dan mengintegrasikan berbagai sumber daya dan pengetahuan guna mencapai perubahan kesehatan yang lebih besar.

Relevansi kolaborasi multipihak dalam konteks kesehatan berasal dari kenyataan bahwa permasalahan kesehatan seringkali rumit dan memerlukan pendekatan multisektoral. Pengendalian penyakit menular, layanan kesehatan mental, dan pencegahan penyakit kronis, misalnya, memerlukan kontribusi dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah dalam kebijakan kesehatan, lembaga kesehatan untuk layanan medis, organisasi non-pemerintah untuk pendidikan publik, dan sektor swasta untuk inovasi teknologi. Mengatasi tantangan kesehatan ini mungkin akan kurang efisien dan berhasil tanpa keterlibatan multipihak yang baik. Kolaborasi an²⁷ pihak sangat penting dalam konteks pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Hal ini mengacu pada upaya kolaboratif dan kemitraan yang signifikan di antara berbagai pemangku

kepentingan dalam bidang kesehatan. Masyarakat, pemerintah, lembaga kesehatan, kelompok non-pemerintah, dan sektor komersial semuanya diikutsertakan.

Hal pertama yang perlu ditekankan adalah partisipasi aktif. Kerjasama antar pemangku kepentingan memungkinkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam berbagai tahap pengambilan keputusan di bidang kesehatan, seperti pengembangan kebijakan dan perencanaan program. Hal ini penting karena masyarakat merupakan pemangku kepentingan utama dalam permasalahan kesehatan yang memengaruhi kehidupan mereka. Melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan akan mendorong landasan yang lebih demokratis dan memastikan bahwa keinginan dan ambisi mereka diperhitungkan. Selain itu, kolaborasi antar pihak memerlukan pengumpulan sumber daya. Berbagai pihak dapat berpartisipasi dalam berbagai cara, seperti pendanaan, tenaga kerja, keahlian, teknologi, dan infrastruktur. Karena pengumpulan sumber daya ini, inisiatif kesehatan dapat menjadi lebih efisien dan berhasil. Misalnya, sektor swasta dapat membantu mendanai teknologi medis yang mahal, sedangkan kelompok non-pemerintah dapat memberikan akses ke daerah-daerah yang sulit dijangkau. Kolaborasi antar pihak juga memerlukan koordinasi yang efektif. Untuk mencapai tujuan kesehatan yang sama, semua pihak yang terkait harus berkolaborasi. Hal ini memerlukan pertukaran informasi, menetapkan tujuan yang jelas, dan memiliki pemahaman umum tentang teknik yang akan diterapkan. Koordinasi dalam kegiatan kesehatan membantu menghindari tumpang tindih dan memastikan bahwa sumber daya digunakan dengan benar.

Kolaborasi multipihak juga memerlukan perencanaan bersama. Hal ini berarti bahwa semua pemangku kepentingan, termasuk masyarakat, pemerintah, dan organisasi lainnya, harus bekerja sama untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, mencari solusi, dan membuat rencana aksi yang lengkap. Perencanaan

bersama memastikan bahwa semua pemangku kepentingan mempunyai pengetahuan bersama mengenai tujuan dan langkah selanjutnya. Terakhir, penilaian dan pembelajaran yang terus-menerus merupakan komponen penting dari kolaborasi multipihak. Hal ini memungkinkan pemantauan kemajuan bersama dan evaluasi dampak kegiatan kolaboratif. Hal ini membantu dalam menentukan keberhasilan inisiatif kesehatan dan menemukan area untuk perbaikan. Pembelajaran berkelanjutan menjamin bahwa teknik disempurnakan dan dapat disesuaikan dengan perubahan tuntutan. Kita dapat membangun sistem kesehatan yang lebih efektif, peka terhadap kebutuhan masyarakat, dan fokus pada perbaikan berkelanjutan dengan mengenali dan menggabungkan lima fitur penting dari kolaborasi multipihak. Kolaborasi antar-pihak yang kuat memberikan manfaat bagi semua pihak yang terlibat dan, yang lebih signifikan, membantu meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara umum. Akhirnya, penting untuk mengukur dampak dari upaya pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Ini melibatkan pengukuran perubahan dalam perilaku kesehatan, akses layanan kesehatan, dan indikator-indikator kesehatan yang lebih luas, seperti penurunan angka kematian bayi atau peningkatan umur harapan hidup. Tentu, berikut penjelasan dalam bentuk narasi mengenai mengukur dampak dalam kolaborasi antar-pihak dalam pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Mengukur dampak merupakan komponen penting dari keterlibatan lintas sektor dan multipihak di bidang kesehatan. Hal ini memerlukan prosedur peninjauan yang komprehensif untuk memahami perubahan yang terjadi sebagai konsekuensi dari upaya kolaboratif banyak pihak yang terlibat dalam masalah kesehatan. Apa pentingnya mengukur dampak? Yang pertama dan terpenting, hal ini membantu semua pihak terkait dalam menentukan sejauh mana inisiatif atau kebijakan kesehatan yang

diadopsi telah memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini memungkinkan mereka untuk menilai apakah tujuan tertentu, seperti peningkatan akses terhadap layanan kesehatan atau penurunan angka kematian bayi baru lahir, telah tercapai²⁵⁵. Selain itu, evaluasi kinerja membantu dalam menentukan apa yang berhasil dan apa yang perlu ditingkatkan atau diubah.

Selain itu, pengukuran dampak memungkinkan pelacakan perubahan pada kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini dapat mencakup peningkatan praktik kesehatan, kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan, atau indikator kesehatan yang lebih besar seperti angka harapan hidup atau angka kejadian penyakit. Pemantauan yang cermat memungkinkan deteksi pola yang muncul dan penerapan tindakan yang relevan. Data dampak yang dikumpulkan juga berfungsi sebagai landasan yang kuat untuk mengambil keputusan yang tepat. Hal ini sangat penting dalam konteks pemberdayaan masyarakat, karena data ini dapat membantu seluruh pemangku kepentingan dalam mengambil keputusan berdasarkan bukti nyata efektivitas inisiatif atau kebijakan kesehatan yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, pengambilan keputusan tidak hanya didasarkan pada asumsi atau sudut pandang subjektif. Selain keuntungan-keuntungan tersebut, pengukuran dampak juga⁷⁸ menumbuhkan tanggung jawab yang lebih besar karena data dan hasil evaluasi tersedia bagi semua pihak yang terlibat serta masyarakat luas (Mertens, 2014). Ini mendorong transparansi dalam proses pengambilan keputusan dan memastikan bahwa program-program atau kebijakan yang tidak berhasil dapat dikoreksi atau ditingkatkan. Selain itu, data dampak me²⁷ bantu dalam pengembangan berkelanjutan dengan memahami apa yang telah berhasil dan apa yang belum sehingga upaya-upaya di masa depan dapat lebih efisien dan efektif.

Dalam praktiknya, berbagai pendekatan penelitian dan evaluasi, termasuk survei, analisis data, wawancara, dan pemantauan lapangan, dapat digunakan untuk menilai dampaknya.

Relevansi efek pemantauan tidak hanya terbatas pada pemberdayaan masyarakat, tetapi juga pada pengembangan dan peningkatan sistem kesehatan secara keseluruhan. Hasilnya, inisiatif terkait kesehatan dapat menjadi lebih efisien, sukses, dan bermanfaat bagi masyarakat yang dilayani. Selain manfaat yang diuraikan di atas, penilaian dampak membantu mendorong perbaikan berkelanjutan dalam program dan kebijakan kesehatan. Data dampak yang dikumpulkan akan membantu dalam mengidentifikasi kelemahan dan area yang perlu dikembangkan. Hal ini memungkinkan para pemangku kepentingan, termasuk masyarakat, untuk membuat langkah-langkah perbaikan yang penting untuk menyempurnakan program yang ada atau mendorong perubahan kebijakan yang diperlukan.

Selain itu, pengukuran efek berkelanjutan membantu pembelajaran organisasi dan adaptasi program. Hal ini memungkinkan dunia usaha dan lembaga menemukan strategi dan pendekatan terbaik untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu. Hasilnya, mereka akan mampu menerapkan pembelajaran yang didapat ke dalam rancangan dan implementasi program yang lebih efisien di masa depan. Mengukur dampak juga dapat membantu meningkatkan kegiatan advokasi. Informasi yang dikumpulkan dari evaluasi dan pemantauan dampak dapat digunakan untuk mendorong perbaikan kebijakan dan praktik kesehatan. Bukti ini dapat digunakan oleh para pemangku kepentingan untuk memberikan argumentasi terhadap perubahan kebijakan atau untuk menarik perhatian terhadap permasalahan kesehatan tertentu. Selain itu, pengukuran dampak mendorong akuntabilitas dan keterbukaan. Ketika hasil penilaian dan dampak dipublikasikan, hal ini akan menghasilkan tata kelola yang lebih kuat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Masyarakat dapat mencatat kemajuan dan konsekuensi dari inisiatif yang dilaksanakan dengan lebih baik, dan mereka dapat memiliki akses yang lebih besar terhadap informasi penting untuk lebih

memahami permasalahan kesehatan yang menjadi perhatian mereka. Dalam arti yang lebih luas, menilai dampak merupakan komponen penting dari perbaikan berkelanjutan dalam sistem layanan kesehatan. Hal ini menumbuhkan budaya refleksi dan pembelajaran yang berbasis bukti dan berbasis data. Akibatnya, sistem kesehatan menjadi lebih peka terhadap kebutuhan masyarakat, lebih efisien dalam pemanfaatan sumber daya, dan lebih fokus untuk mencapai peningkatan hasil kesehatan secara keseluruhan.

Mengukur efek lebih dari sekedar menghitung angka; hal ini juga memerlukan penciptaan kerangka bukti yang kuat untuk perubahan dalam layanan dan kebijakan kesehatan. Hal ini merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa semua kegiatan kesehatan berkontribusi terhadap kesejahteraan masyarakat secara umum. Manfaat pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan sangatlah besar. Hal ini mencakup peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan, pemberdayaan individu dan komunitas, advokasi untuk perubahan yang lebih baik, dan pengembangan kondisi yang mendorong kualitas hidup yang lebih tinggi. Meskipun terdapat beberapa kelemahan, pemberdayaan masyarakat merupakan komponen penting dalam upaya menciptakan sistem kesehatan yang lebih inklusif, adil, dan responsif.

6.4 Hambatan-Hambatan Terhadap Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan merupakan gagasan yang penting, namun terkadang hal ini terhambat oleh sejumlah hambatan yang mungkin menghalangi atau membatasi partisipasi aktif masyarakat. Hambatan-hambatan ini mungkin berbeda tergantung pada keadaan, namun ada hambatan-hambatan umum tertentu yang harus dipahami. (Rifkin, 2009).

1. Kurangnya Pengetahuan dan Kesadaran

Kurangnya informasi dan kesadaran mengenai masalah kesehatan, serta pentingnya partisipasi, dapat menjadi hambatan yang signifikan. Masyarakat mungkin tidak termotivasi untuk terlibat ketika mereka tidak memahami masalah kesehatan atau hak-hak mereka dalam pengambilan keputusan. Dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat, pendidikan dan penjangkauan kesehatan dan keterlibatan yang relevan dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan ini. Suatu populasi, misalnya, yang tidak menyadari bahaya kesehatan tertentu, seperti penyebaran penyakit menular, mungkin tidak menyadari perlunya tindakan pencegahan atau partisipasi dalam program vaksinasi. Dalam keadaan seperti ini, pendidikan kesehatan yang efektif dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan.

Strategi pendidikan dan komunikasi yang efektif diperlukan untuk mengatasi kurangnya pengetahuan dan kesadaran ini. Hal ini dapat mencakup inisiatif pendidikan kesehatan, pelatihan masyarakat, atau partisipasi tokoh masyarakat yang diakui dalam memberikan informasi yang benar. Kita dapat mengatasi salah satu hambatan utama keberhasilan keterlibatan dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan dengan meningkatkan kesadaran masyarakat akan permasalahan kesehatan dan perlunya keterlibatan mereka..

2. Ketidaksetaraan Akses Informasi

Akses terhadap informasi kesehatan terkait mungkin juga tidak adil. Kelompok individu yang lebih terpinggirkan, seperti mereka yang tinggal di lokasi yang jauh atau berpenghasilan rendah, mungkin memiliki akses terbatas

terhadap sumber informasi yang diperlukan untuk keberhasilan partisipasi. Disparitas dalam keterlibatan di bidang kesehatan disebabkan oleh tidak meratanya akses terhadap informasi. Keluarga di pedesaan, misalnya, mungkin tidak memiliki akses ke internet untuk mencari informasi medis yang tepat, namun keluarga di wilayah metropolitan memiliki lebih banyak sumber informasi. Hal ini mungkin menyulitkan rumah tangga pedesaan untuk membuat keputusan kesehatan yang terdidik. Untuk mengatasi kendala tersebut, perlu dilakukan upaya untuk memberikan pemerataan akses terhadap informasi kesehatan melalui berbagai saluran, seperti penjangkauan masyarakat, perpustakaan, atau program akses internet jarak jauh. Hal ini akan memberikan kontribusi terhadap lingkungan yang lebih adil bagi keterlibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan

3. Masalah Keterbatasan Waktu dan Sumber Daya

Hambatan signifikan lainnya adalah kurangnya waktu dan sumber daya. Orang yang sibuk dengan pekerjaan atau urusan lain dalam hidupnya mungkin tidak punya waktu untuk berpartisipasi dalam aktivitas. Kurangnya sumber daya, seperti transportasi atau teknologi, mungkin juga mempersulit partisipasi. Keterbatasan waktu dan anggaran merupakan hambatan besar terhadap keterlibatan masyarakat. Tugas pekerjaan dan keluarga, misalnya, mungkin menyulitkan orang untuk menghadiri pertemuan atau berpartisipasi dalam acara. Selain itu, di daerah miskin, terbatasnya akses terhadap transportasi atau teknologi dapat menghambat kapasitas masyarakat untuk terlibat dalam forum kebijakan atau inisiatif kesehatan. Inisiatif untuk mengatasi hambatan-hambatan ini dapat mencakup penjadwalan pertemuan yang lebih fleksibel, bantuan transportasi, atau membekali

masyarakat miskin dengan teknologi yang lebih mudah digunakan. Oleh karena itu, partisipasi aktif masyarakat dapat ditingkatkan meskipun ada keterbatasan waktu dan sumber daya.

4. Ketakutan atau Intimidasi

Pihak berwenang atau profesional kesehatan mungkin menimbulkan ketakutan atau intimidasi di beberapa area. Hal ini mungkin menyulitkan mereka untuk berbicara jujur atau memberikan komentar jujur. Ketakutan atau intimidasi dari pihak berwenang atau praktisi kesehatan dapat menjadi hambatan besar bagi keterlibatan masyarakat. Misalnya, seorang pasien mungkin takut untuk mengomunikasikan kekhawatiran atau ketidakpuasannya terhadap pengobatannya karena takut akan dampaknya. Dalam keadaan tertentu, praktisi layanan kesehatan yang kuat mungkin mengeksploitasi pengaruh atau wewenang mereka untuk membungkam kritik atau masukan dari masyarakat. Untuk mengatasi permasalahan ini, penting untuk menyediakan tempat kerja yang aman dan suportif sehingga setiap individu dapat berbicara dengan bebas dan berbagi masukan tanpa takut akan penindasan atau balas dendam.

5. Kurangnya Kepercayaan Terhadap Pihak Berwenang

Masyarakat mungkin ragu untuk bergabung jika mereka tidak mempercayai pemerintah atau sistem layanan kesehatan. Kurangnya kepercayaan ini mungkin disebabkan oleh pengalaman negatif sebelumnya atau pandangan mengenai ketidakadilan sistemik. Kurangnya kepercayaan terhadap pemerintah atau sistem layanan kesehatan merupakan hambatan besar terhadap partisipasi masyarakat. Masyarakat mungkin kehilangan kepercayaan terhadap praktisi atau sistem kesehatan jika mereka mempunyai pengalaman negatif terhadap praktisi

kesehatan, seperti pelayanan yang buruk atau diskriminasi. Hal ini dapat mengurangi motivasi mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang melibatkan pihak berwenang, seperti pengambilan keputusan di bidang kesehatan..

Contohnya sebuah komunitas yang merasa sistem kesehatan lokal tidak adil atau tidak responsif terhadap kebutuhan mereka mungkin enggan untuk berpartisipasi dalam perencanaan program-program kesehatan yang diselenggarakan oleh pihak berwenang. Mereka mungkin merasa bahwa usaha mereka tidak akan dihargai atau bahwa keputusan sudah diambil tanpa memperhatikan kepentingan mereka. Untuk mengatasi kurangnya kepercayaan ini, diperlukan upaya untuk membangun kepercayaan kembali melalui transparansi, akuntabilitas, dan perbaikan dalam layanan kesehatan.

6. Asimetri Kekuasaan

Ketidakseimbangan kekuasaan dalam pengambilan keputusan merupakan hambatan yang signifikan. Dalam beberapa kasus, pihak berwenang atau pakar kesehatan mungkin mempunyai kendali penuh atas pilihan yang diambil, sementara masyarakat hanya mempunyai sedikit atau bahkan tidak punya masukan sama sekali. Hal ini mengakibatkan hambatan struktural yang harus dihilangkan untuk mencapai partisipasi yang lebih adil. Asimetri kekuasaan menyebabkan ketidakseimbangan yang parah dalam keterlibatan masyarakat. Ketika pihak berwenang atau pakar kesehatan mempunyai kendali penuh atas pilihan kesehatan, masyarakat mungkin merasa bahwa mereka tidak mempunyai pengaruh atau keterlibatan. Hal ini dapat menjadi hambatan struktural terhadap keterlibatan yang lebih setara, sehingga

menghasilkan kebijakan yang kurang responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Misalnya dalam proses perencanaan program kesehatan, pihak berwenang mungkin hanya berkonsultasi dengan sejumlah kecil individu atau kelompok tertentu, sementara mayoritas masyarakat tidak memiliki akses atau kesempatan yang sama untuk berpartisipasi. Hal ini menciptakan asimetri kekuasaan yang membuat keputusan lebih cenderung mewakili pandangan kelompok kecil daripada masyarakat luas. Dalam mengatasi asimetri kekuasaan ini, diperlukan upaya untuk memberikan peluang yang lebih merata bagi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan untuk mendengarkan beragam perspektif dengan lebih cermat.

7. Kendala Budaya dan Bahasa

Hambatan budaya dan bahasa mungkin juga ada. Ketika masyarakat mempunyai budaya atau bahasa yang berbeda, mungkin akan sulit bagi mereka untuk berkomunikasi dengan pihak berwenang atau pakar kesehatan, sehingga dapat menghambat keterlibatan yang efektif. Partisipasi masyarakat terhambat oleh hambatan budaya dan bahasa. Komunikasi menjadi lebih menantang ketika populasi memiliki budaya atau bahasa yang berbeda. Mungkin akan terasa canggung atau sulit bagi masyarakat untuk berurusan dengan pihak berwenang atau pakar kesehatan yang tidak memahami budaya atau bahasa mereka. Hal ini dapat mempersulit keterlibatan yang berarti dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Misalnya, kelompok imigran yang menggunakan bahasa yang tidak banyak digunakan di lingkungan mereka mungkin kesulitan berinteraksi dengan praktisi layanan kesehatan setempat. Hal ini mungkin menyulitkan mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan yang layak dan

berpartisipasi dalam program layanan kesehatan. Untuk mengatasi hambatan ini diperlukan inisiatif untuk meningkatkan keberhasilan komunikasi, seperti menyediakan layanan penerjemahan atau melibatkan anggota masyarakat yang dapat menjadi jembatan budaya dan bahasa.

8. Kurangnya Keahlian dalam Partisipasi

Masyarakat mungkin kurang memiliki keterampilan atau pelatihan yang diperlukan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Hal ini mencakup kapasitas untuk mengevaluasi data kesehatan, berbicara di depan umum, dan terlibat dalam diskusi dengan pihak berwenang. Partisipasi mungkin terhambat karena kurangnya kompetensi. Masyarakat mungkin kekurangan informasi atau keterampilan yang diperlukan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan kesehatan. Hal ini mencakup kemampuan untuk memahami data kesehatan, berkomunikasi secara efektif di depan umum, dan terlibat dalam diskusi dengan pihak berwenang. Misalnya, individu yang tidak memahami masalah kesehatan atau proses pengambilan keputusan mungkin merasa ragu atau tidak mau terlibat dalam diskusi atau konsultasi kesehatan. Hal ini mungkin membatasi kemampuan mereka untuk berkontribusi terhadap perbaikan program atau kebijakan kesehatan yang relevan. Untuk mengatasi hambatan-hambatan ini, keterampilan masyarakat dalam keterlibatan yang berhasil harus ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan yang sesuai.

Pemahaman tentang hambatan-hambatan ini penting dalam merancang strategi yang efektif untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Melalui upaya untuk mengatasi hambatan-hambatan ini, kita dapat

menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan demokratis di mana masyarakat memiliki peran yang lebih aktif dalam meningkatkan kesehatan mereka sendiri dan komunitas mereka.

6.4.1 Bagaimana Mengatasi Hambatan-Hambatan Ini

Mengatasi hambatan terhadap partisipasi kesehatan masyarakat adalah sebuah proses yang melibatkan berbagai strategi yang meningkatkan pemahaman, aksesibilitas, dan partisipasi aktif masyarakat. Yang pertama dan terpenting, pendidikan masyarakat dan pemahaman mengenai masalah kesehatan, serta hak-hak mereka dalam pengambilan keputusan, sangatlah penting. Kampanye penyuluhan, lokakarya, dan sumber informasi yang dapat diakses secara bebas semuanya dapat berkontribusi pada pengetahuan masyarakat yang lebih baik. Selain itu, memastikan akses yang adil terhadap informasi kesehatan terkait adalah tujuan utama. Hal ini mencakup penyediaan informasi²⁵⁹ dalam banyak bahasa, penyediaan sumber daya yang mudah, dan pemanfaatan media sosial dan teknologi informasi untuk menjangkau khalayak yang lebih luas.

Pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan juga harus mempertimbangkan keterbatasan waktu dan sumber daya masyarakat. Aksesibilitas dan fleksibilitas dalam mengatur pertemuan atau acara partisipasi merupakan elemen penting. Penting untuk menyediakan suasana yang aman dan mendukung bagi individu untuk terlibat. Hal ini mencakup upaya mengatasi ketidakpercayaan atau intimidasi yang mungkin dimiliki sebagian masyarakat terhadap pihak berwenang atau profesional layanan kesehatan. Partisipasi yang lebih aktif akan didorong dalam situasi yang aman.

Transparansi dan akuntabilitas dalam prosedur pengambilan keputusan layanan kesehatan juga penting. Hal ini termasuk menyediakan informasi yang transparan mengenai kebijakan kesehatan, alasan di balik pilihan, dan sarana bagi

masyarakat untuk menyampaikan komentar atau keluhan. Membangun kapasitas masyarakat juga diperlukan untuk memberdayakan mereka dalam pengambilan keputusan. Masyarakat dapat berkomunikasi dengan berani dan berhasil dalam forum pengambilan keputusan melalui bantuan pelatihan, pendidikan, dan pengembangan keterampilan. Kolaborasi²⁶¹ antara berbagai pemangku kepentingan, seperti masyarakat, pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor komersial, dan lembaga kesehatan, sangat penting dalam mengembangkan sistem kesehatan yang lebih inklusif. Kemitraan ini memungkinkan pertukaran sumber daya, informasi, dan pengalaman untuk mencapai tujuan kesehatan bersama. Mengukur dampak program partisipasi masyarakat merupakan langkah penting dalam melacak perubahan kebiasaan kesehatan, akses terhadap layanan kesehatan, dan indikator kesehatan lainnya. Hal ini memungkinkan kami untuk menyaksikan hasil nyata dari partisipasi masyarakat dan menilai efektivitasnya.

Terakhir, diperlukan aturan dan undang-undang yang mendorong partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Hal ini memerlukan pengembangan peraturan yang melindungi hak masyarakat untuk berpartisipasi serta memberikan dukungan hukum untuk kegiatan partisipasi. Dengan melibatkan masyarakat secara lebih efektif dan adil, kita dapat menghasilkan²⁴³ solusi kesehatan yang lebih baik dan adil. Hal ini tidak hanya meningkatkan partisipasi masyarakat tetapi juga meningkatkan kualitas sistem layanan kesehatan secara keseluruhan.

6.4.2 Stakeholder Dalam Partisipasi Masyarakat

Pemangku kepentingan dalam partisipasi masyarakat adalah mereka yang aktif dalam proses pengambilan keputusan kesehatan yang berdampak langsung atau tidak langsung terhadap masyarakat. Para pemangku kepentingan ini dapat berasal dari berbagai latar belakang dan tanggung jawab, seperti pemerintah,

lembaga kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, sektor komersial, dan masyarakat itu sendiri. Dalam sebagian besar kasus, pemerintah merupakan pemain utama dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Mereka bertugas mengembangkan kebijakan kesehatan, mengalokasikan dana, dan meng³⁷vasi pelaksanaan inisiatif kesehatan. Partisipasi pemerintah dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa kebijakan²²⁶n layanan yang diambil sesuai dengan tuntutan masyarakat. Fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit, klinik, dan pusat kesehatan, juga merupakan pemangku kepentingan utama dalam melibatkan masyarakat. Mereka bertugas memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat dan memainkan peran penting dalam menjembatani kesenjangan antara masyarakat dan sistem kesehatan.

Kelompok non-pemerintah sering kali berperan sebagai advokasi masyarakat, membantu dalam mengekspresikan kebutuhan dan aspirasi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Mereka juga dapat memberikan layanan kesehatan atau bantuan kepada masyarakat yang kurang beruntung. Sektor swasta, khususnya perusahaan farmasi dan layanan kesehatan, mempunyai peran dalam pendanaan dan pemberian layanan kesehatan. Mereka mempunyai kepentingan⁴ ekonomi dalam sistem layanan kesehatan dan harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada bidang perusahaan mereka. Masyarakat mempunyai peran penting dalam partisipasi kesehatan. Mereka memiliki kesadaran yang kuat akan kebutuhan dan tantangan yang mereka¹⁴²api dalam menjaga kesehatan. Partisipasi aktif masyarakat sangat penting untuk memastikan bahwa kebijakan dan layanan kesehatan mencerminkan kebutuhan dan tujuan mereka. Kolaborasi dan koordinasi antar pemangku kepentingan yang beragam diperlukan untuk mencapai hasil yang sukses dalam partisipasi kesehatan masyarakat. Memahami dan memahami peran masing-masing

pemangku kepentingan, serta komunikasi dan kerja sama yang terbuka, merupakan komponen penting dalam mengembangkan sistem kesehatan yang responsif dan inklusif.

Tingkat partisipasi setiap pemangku kepentingan dapat berbeda-beda berdasarkan kondisi dan permasalahan kesehatan yang ditangani. Namun, penting untuk menjamin bahwa semua pemangku kepentingan memiliki akses yang sama untuk terlibat dan memberikan komentar. Hal ini dapat membantu memberikan landasan yang lebih demokratis dalam pengambilan keputusan di bidang layanan kesehatan. Selain itu, keberadaan metode dan platform komunikasi yang efisien di antara para pemangku kepentingan sangatlah penting. Percakapan yang terbuka dan jujur memungkinkan terjadinya pertukaran informasi penting dan pemahaman yang lebih baik mengenai kebutuhan dan harapan masing-masing pihak.

Misalnya, ketika pemerintah bekerja sama dengan kelompok non-pemerintah untuk membangun program imunisasi, mereka mungkin menyertakan informasi ilmiah serta perspektif masyarakat untuk menciptakan program yang lebih berhasil. Demikian pula, ketika organisasi layanan kesehatan berkomunikasi secara bebas dengan pasien dan keluarganya, mereka dapat memberikan pengalaman yang lebih menyenangkan bagi pasien.

Ketika terjadi konflik atau ketegangan antar pemangku kepentingan, penting untuk menerapkan metode penyelesaian konflik yang adil. Hal ini mungkin melibatkan prosedur mediasi atau alat lain yang memungkinkan pihak-pihak yang berbeda pendapat mencapai kesepakatan yang dapat diterima. Oleh karena itu, koordinasi antar pemangku kepentingan dalam partisipasi masyarakat di bidang kesehatan merupakan landasan utama dalam mengembangkan sistem kesehatan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Kita dapat meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan dalam layanan kesehatan, serta memberikan hasil yang lebih baik dalam layanan kesehatan

masyarakat secara keseluruhan, dengan mengakui peran masing-masing pemangku kepentingan dan mengupayakan kolaborasi yang sukses.

6.4.3 Peran Pemerintah Dalam Mendukung Partisipasi Masyarakat

Keterlibatan pemerintah dalam mendorong partisipasi masyarakat di bidang kesehatan sangat penting untuk membangun sistem kesehatan yang inklusif dan responsif. Pemerintah terutama bertanggung jawab untuk merumuskan kebijakan kesehatan, mendistribusikan uang, dan mengawasi pelaksanaan program. Pemerintah harus mengembangkan kebijakan kesehatan inklusif yang mempertimbangkan ambisi dan kebutuhan masyarakat. Konsultasi aktif dengan individu, organisasi masyarakat, dan organisasi yang mewakili beragam elemen masyarakat diperlukan. Kebijakan partisipatif akan mencakup masukan dari masyarakat dan menjadikan kebijakan lebih relevan. Selain itu, pemerintah harus memastikan keterbukaan dalam pengambilan keputusan di bidang layanan kesehatan dan penggunaan dana publik. Hal ini memungkinkan masyarakat untuk memantau dan memahami bagaimana sumber daya kesehatan dibelanjakan. Akuntabilitas juga penting karena pemerintah bertanggung jawab melaksanakan program kesehatan dan melaporkan dampaknya terhadap masyarakat.

Pemerintah juga harus berperan dalam meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap masalah kesehatan. Hal ini dapat dicapai melalui kampanye kesadaran masyarakat, inisiatif pendidikan, dan akses yang setara terhadap informasi kesehatan terkait. Masyarakat yang memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kesehatannya dapat terlibat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan dengan lebih efektif. Selain itu, pemerintah dapat membentuk organisasi²⁷ dan mekanisme untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam

pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Hal ini melibatkan pembentukan forum konsultasi, dewan kesehatan masyarakat, atau kelompok kerja untuk melibatkan warga dalam konsepsi, implementasi, dan penilaian inisiatif kesehatan. Pemerintah juga ¹¹ tugas memastikan sumber daya kesehatan didistribusikan dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Hal ini mencakup upaya menjadikan layanan kesehatan lebih mudah diakses oleh kelompok rentan, seperti mereka yang tinggal di lokasi yang jauh atau masyarakat berpenghasilan rendah.

Selain itu, pemerintah harus mengambil peran dalam menyelesaikan perselisihan yang mungkin terjadi selama proses pelibatan masyarakat dan memastikan terpeliharanya hak asasi manusia. Hal ini mencakup hak atas pengetahuan, kebebasan berekspresi, dan partisipasi dalam pengambilan keputusan. Terakhir, pemerintah harus melakukan peninjauan terhadap inisiatif kesehatan yang ada untuk belajar dari keberhasilan dan kegagalannya. Hal ini memungkinkan perbaikan berkelanjutan dalam pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan di masa depan.

Pemerintah dapat menciptakan lingkungan yang suportif, inklusif, dan adil bagi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan dengan mengambil peran yang kuat dan agresif dalam mendorong keterlibatan masyarakat di bidang kesehatan. Hal ini akan membantu menjamin bahwa kebijakan dan layanan kesehatan lebih mewakili kebutuhan dan tujuan masyarakat, serta meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan.

6.4.4 Peran Organisasi Non-Pemerintah (NGO), Sektor Swasta, Dan Akademisi

Organisasi Non-Pemerintah (NGO) memiliki peran kunci dalam memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Mereka sering kali berkonsentrasi untuk mendukung masyarakat agar lebih memahami masalah kesehatan,

hak-hak mereka, dan keterampilan yang dibutuhkan agar berhasil terlibat. Misalnya, NGO kesehatan dapat menyelenggarakan lokakarya, pelatihan, atau kampanye penyuluhan untuk membekali masyarakat dengan informasi yang relevan. Selain itu, NGO memiliki peran penting dalam advokasi, menjadi suara masyarakat dalam mendesak perubahan kebijakan kesehatan yang lebih adil. Kolaborasi mereka dengan pemerintah juga membantu mengintegrasikan partisipasi masyarakat dalam program-program kesehatan (Laverack & Labonte, 2000).

Sektor komersial, terutama perusahaan besar, juga dapat membantu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. **Me260** dapat memberikan bantuan keuangan untuk proyek dan program kesehatan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Perusahaan farmasi, misalnya, dapat mendonasikan obat-obatan ke tempat-tempat yang kurang terlayani, sedangkan perusahaan teknologi kesehatan dapat membuat aplikasi atau alat kesehatan yang memudahkan masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan. Selain itu, sektor swasta sering kali menjadi pionir dalam inovasi teknologi kesehatan, yang dapat meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Praktik bisnis yang bertanggung jawab yang mencakup isu-isu sosial dan lingkungan memiliki pengaruh yang baik terhadap kesehatan Masyarakat (Rosato et al., 2008).

Akademisi memainkan peran penting dalam mengembangkan pengetahuan dan informasi yang menjadi dasar pengambilan keputusan kesehatan berbasis bukti. Studi mereka dapat membantu pemerintah dan masyarakat memahami masalah kesehatan dan potensi solusinya. Penelitian akademis, misalnya, dapat menemukan tren kesehatan masyarakat, menilai keberhasilan inisiatif kesehatan, dan mengungkap variabel yang memengaruhi kesehatan masyarakat. Pengetahuan ini sangat penting dalam mengembangkan kebijakan kesehatan yang lebih baik. Selain itu, para akademisi mendidik generasi profesional

kesehatan masa depan dan masyarakat umum, memastikan bahwa nilai keterlibatan masyarakat dalam kesehatan diteruskan ke generasi mendatang. Kolaborasi antara akademisi, pemerintah, organisasi non-pemerintah (LSM), dan sektor komersial juga tersebar luas dalam kajian dan pembuatan program kesehatan yang lebih baik.

Ketiga organisasi ini, LSM, sektor komersial, dan akademisi, berkolaborasi untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Kemitraan ini menumbuhkan iklim yang mendukung, sumber daya yang memadai, dan keahlian yang dibutuhkan untuk memberdayakan masyarakat dan meningkatkan keseluruhan sistem kesehatan. Oleh karena itu, mereka memainkan peran penting dalam mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik bagi semua orang.

6.4.5 Langkah-Langkah Praktis untuk Melibatkan Masyarakat dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan

Melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan adalah langkah penting untuk memastikan bahwa kebijakan dan program kesehatan benar-benar mencerminkan kebutuhan dan aspirasi mereka. Berikut adalah beberapa langkah praktis yang dapat diambil untuk melibatkan masyarakat secara efektif dalam pengambilan keputusan kesehatan:

1. Identifikasi Tujuan dan Isu Utama: Tahap pertama adalah menentukan tujuan partisipasi masyarakat dan permasalahan kesehatan yang akan ditangani. Hal ini dapat mencakup permasalahan kesehatan tertentu, perubahan kebijakan, atau peningkatan akses terhadap layanan kesehatan. Dengan mengidentifikasi tujuan-tujuan dan tantangan-tantangan yang signifikan, masyarakat dapat memfokuskan upayanya pada pengembangan program pendidikan, meningkatkan akses terhadap imunisasi, dan menyelenggarakan kampanye kesadaran kesehatan

masyarakat untuk memerangi penyebaran penyakit menular. Ini adalah contoh bagaimana menetapkan tujuan dan tantangan utama memberikan jalan yang jelas bagi keterlibatan kesehatan masyarakat.

2. Identifikasi Kelompok Sasaran: Identifikasi kelompok masyarakat yang akan terlibat dalam proses pengambilan keputusan. Pastikan bahwa organisasi-organisasi ini mencerminkan komunitas yang lebih beragam dan keprihatinan mereka dipertimbangkan..
3. Pendekatan Partisipatif: Gunakan metode partisipatif yang memungkinkan masyarakat berpartisipasi aktif dalam proses tersebut. Hal ini dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan komunitas, lokakarya, kelompok diskusi, atau platform online yang memungkinkan partisipasi luas.
4. Komunikasi dan Edukasi: Berikan informasi kepada peserta tentang masalah kesehatan dan tujuan keterlibatan mereka dengan cara yang lugas dan relevan. Pastikan masyarakat memahami permasalahan yang ada sehingga mereka dapat terlibat secara efektif.
5. Fasilitasi Diskusi: Memfasilitasi percakapan komunitas yang terbuka dan inklusif. Berikan setiap orang kesempatan untuk berbicara dan mengungkapkan pendapatnya.
6. Mengidentifikasi Solusi Bersama: Mendorong masyarakat untuk bekerja sama mencari solusi permasalahan kesehatan saat ini. Mendorong kolaborasi antara masyarakat, pemerintah, dan pengambil keputusan lainnya.
7. Perencanaan dan Implementasi: Buat rencana tindakan yang jelas dan tepat setelah mengidentifikasi jawaban. Pastikan seluruh pemangku kepentingan dilibatkan dalam pengembangan dan implementasi program kesehatan.

8. Evaluasi dan Umpan Balik: Melakukan penilaian berkala untuk menilai dampak program atau kebijakan yang diadopsi. Mengumpulkan masukan dari masyarakat mengenai kemandirian dan modifikasi yang diperlukan.
9. Keterlibatan Berkelanjutan: Pastikan partisipasi masyarakat merupakan upaya berkelanjutan. Hal ini mencakup melibatkan masyarakat dalam seluruh tahapan siklus kebijakan dan program kesehatan, seperti perencanaan, implementasi, dan penilaian.
10. Sumber Daya dan Dukungan: Pastikan tersedia cukup sumber daya untuk mendorong keterlibatan masyarakat. Anggaran, pelatihan fasilitator, atau bantuan teknis mungkin disertakan.
11. Transparansi dan Akuntabilitas: Menjadikan pengambilan keputusan layanan kesehatan bersifat publik dan akuntabel. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang hasil keputusan dan memastikan bahwa kebijakan dan program dilaksanakan sesuai dengan janji yang dibuat.

Melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan memerlukan waktu dan upaya, namun manfaatnya mungkin mencakup layanan yang lebih relevan, peningkatan aksesibilitas, dan kesadaran yang lebih besar terhadap tantangan kesehatan masyarakat. Selain itu, hal ini juga meningkatkan hubungan antara masyarakat dan sistem kesehatan, sehingga menciptakan platform yang lebih solid untuk meningkatkan kesehatan secara kolektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnstein, S. R. 1969. A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Belone, L., Lucero, J. E., Duran, B., Tafoya, G., Baker, E. A., Chan, D., Chang, C., Greene-Moton, E., Kelley, M. A., & Wallerstein, N. 2016. Community-Based Participatory Research Conceptual Model: Community Partner Consultation and Face Validity. *Qualitative Health Research*, 26(1), 117–135. <https://doi.org/10.1177/1049732314557084>
- Benjamin Derck, B. C. 2002. *Managing policy reform: Concepts and tools for decision-makers in developing and transitioning countries*.
- Port, R. A. 2008. *No Title Маркетинг по Котлеру*.
- Kretzmann, J. P., McKnight, J., Northwestern University (Evanston, I.). C. for U. A. and P. R., & Network, N. I. 1993. *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Center for Urban Affairs and Policy Research, Neighborhood Innovations Network, Northwestern University. <https://books.google.co.id/books?id=HkxHAAAAMAAJ>
- Laverack, G. 2001. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, 36(2), 134–145. <https://doi.org/10.1093/cdj/36.2.134>
- Laverack, G., & Labonte, R. 2000. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>
- Lisa, Fuchs, add all. 2001. *Asset-based community-driven development (ABCD)*.

- 26 Mcleroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. 1988. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Mertens, D. M. 2014. *Research and Evaluation in Education and Psychology Integrating Diversity With Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (U. Gallaudet University (ed.)).
- 18 Rifkin, S. B. 2009. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- 53 Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L. H., Tripathy, P., Nair, N., Mwansambo, C., Azad, K., Morrison, J., Qar Bhutta, Z., Perry, H., Rifk, S., & Costello, A. 2008. Anexo3-Proyectos-Financiados2014-2015.Pdf. *The Lancet*, 372(9642), 962-971. www.thelancet.com
- 100 WHO. 2016. *Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252183>
- WHO. 2020. Pertimbangan Penyesuaian Langkah-Langkah Kesehatan Masyarakat dan Sosial Dalam Konteks COVID-19. *World Health Organization*, April, 1-7. https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/who---pertimbangan-penyesuaian-langkah-langkah-kesehatan-masyarakat-dan-sosial-dalam-konteks-covid-19.pdf?sfvrsn=e57102d4_2

BAB 7

PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Ice Marini

7.1 Perempuan dan Kesehatan

7.1.1 Perempuan

Perempuan merupakan sebutan untuk salah satu jenis kelamin selain laki-laki. Secara anatomi dan fisiologi sistem reproduksi perempuan antara lain ovarium, uterus yang memiliki kemampuan menghasilkan sel gamet atau sel telur. Selain itu seorang perempuan juga mempunyai kemampuan seperti fase menstruasi hingga menyusui anak. (Wikipedia, 2023)

7.1.2 Kesehatan

Hak asasi manusia salah satunya pada bidang kesehatan yang kemudian menjadi tolak ukur untuk derajat kesehatan, kesejahteraan sebagaimana cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan juga d⁷⁸itikan dengan usaha untuk mempertahankan, memelihara serta meningkatkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya. Keseha⁶⁵n adalah keadaan sehat dimana keadaan ini dapat dilihat pada fisik, mental, spiritual maupun sosial yang membuat seseorang mempunyai kemampuan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (Kementerian Kesehatan RI, 2009)

7.1.3 P²⁴⁰erempuan dan Kesehatan di Masa Kini

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dalam Profil Perempuan tahun 2022 menyatakan bahwa tahun 2021 memperlihatkan perempuan lebih banyak mengalami

masalah kesehatan dibandingkan dengan laki-laki, baik data di wilayah perkotaan maupun di desa. Keluhan yang dimiliki oleh perempuan tersebut membuat mereka banyak melakukan berobat jalan. Jika dilihat dari sisi jaminan kesehatan, perempuan menunjukkan perhatian kepada kesehatan terlihat pada data kepemilikan jaminan kesehatan jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa perempuan memiliki kepedulian yang lebih tinggi dari pada laki-laki serta menganggap kesehatan adalah hal yang sangat penting. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

64

7.1.4 Perempuan dalam Undang-Undang Kesehatan

Undang-Undang RI Kesehatan No 17 Tahun 2023 tentang kesehatan yang membahas terkait perempuan dapat dijabarkan sebagai berikut : (Presiden Republik Indonesia, 2023)

1. Pada pasal 54 ayat 1 tentang kesehatan reproduksi : usaha terkait kesehatan reproduksi tertuju pada pemeliharaan dalam rangka meningkatkan sistem, fungsi dan proses reproduksi baik laki-laki maupun perempuan.
2. Pada pasal 57 ayat 1 menceritakan tentang pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan dengan tindakan aman dan mempunyai nilai mutu, khususnya reproduksi perempuan.
3. Pada pasal 60 ayat 3 bagian b tentang pelaksanaan aborsi diperbolehkan dengan persetujuan ibu hamil dan suami, namun tidak termasuk pada korban perkosaan.
4. Pada pasal 61 : segenap masyarakat memiliki tanggung jawab melindungi dan mencegah perempuan dari tindakan tidak aman terkait aborsi. Selain itu pemerintah pusat, pemerintah daerah juga bertanggung jawab melindungi dan mencegah.

5. Pasal 65 tentang usaha pemenuhan gizi yang dilakukan pada siklus kehidupan dimulai dari sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia, dengan memberikan perhatian khusus kepada
- Ibu hamil dan menyusui
 - Bayi dan balita
 - Remaja perempuan

Selain itu Undang-Undang Kesehatan tersebut juga menuat tentang asas gender dan non diskriminatif yang diartikan bahwa pembangunan kesehatan tidak memberikan perlakuan yang membeda-bedakan terhadap perempuan maupun laki-laki.

Dari uraian terkait Undang-Undang Kesehatan terlihat jelas perempuan dikaitkan dengan berbagai bidang kesehatan, perempuan juga memberikan sumbangsih yang sangat penting dan juga berperan dalam pengambil keputusan yang berdampak bagi diri sendiri, keluarga, masyarakat dan bagi pembangunan kesehatan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

7.2 Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Undang-undang No 17 tentang Kesehatan pada pasal 35 ayat 1 membahas tentang berbagai upaya dalam kesehatan yang bersumber daya masyarakat. Dimana hal ini merupakan tempat untuk pemberdayaan masyarakat, dikelola oleh, dari dan diperuntukkan masyarakat. Pemerintah memfasilitasi serta melibatkan sektor-sektor terkait. (Presiden Republik Indonesia, 2023)

Permenkes No 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan proses yang bertujuan peningkatan pengetahuan, kemampuan, kemauan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif penggerak dalam upaya kesehatan yang pelaksanaannya dengan cara fasilitasi proses

35 memecahkan masalah. Pendekatan yang dilakukan dengan cara edukatif dan berperan serta memperhatikan kebutuhan dari potensi dan sosial budaya setempat. (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Adapun strategi pemberdayaan masyarakat meliputi :

1. Edukasi untuk 41 meningkatkan kesadaran, kemampuan dan Pengetahuan masyarakat dalam upaya mengenali dan mengatasi permasalahan yang ada.
2. Pengerakkan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat
3. Pembentukan organisasi dimasyarakat agar bisa berkembang
4. Advokasi kepada sektor terkait terutama pemangku kebijakan
5. Memperluas kemitraan dan peran serta dari lintas sektor, organisasi kemasyarakatan dan pihak swasta
6. Memanfaatkan kearifan lokal yang memiliki potensi dan sumber daya.
7. Implementasi program-program dimasyarakat 155 sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat :

- 63 Kesehatan dan pemeliharaan KIA
2. Kesehatan anak-anak usia sekolah dan remaja
3. Usia produktif semakin bisa dimanfaatkan
- 63 Kesehatan lansia
5. Kesehatan kerja
6. Perbaikan gizi masyarakat
7. Kesehatan lingkungan
8. Penanggulangan penyakit berbasis lingkungan, PTM dan PM
9. Pengobatan tradisional
10. Kesehatan jiwa

11. Kesiapsiagaan bencana dan krisis kesehatan

12. Peningkatkan bidang kesehatan lainnya sesuai dengan masalah prioritas dimasyarakat.

7.3 Pemberdayaan Perempuan di Bidang Kesehatan Masyarakat

7.3.1 Pemberdayaan Perempuan

Pemberdayaan perempuan dapat diartikan usaha yang dilakukan untuk mendapatkan akses dan pengawasan pada bidang sumber daya, ekonomi, politik, sosial dan budaya dengan tujuan agar perempuan dapat melakukan kontrol terhadap dirinya dan meningkatkan rasa percaya diri dalam melakukan peran serta berpartisipasi aktif untuk pemecahan masalah atau mencari solusi. Dari hal tersebut diharapkan seorang perempuan memiliki kemampuan membangun kompetensi dan konsep diri. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, 2023)

Pemerintah Indonesia berupaya meningkatkan pemberdayaan perempuan dalam bidang pembangunan. Mulai diberikan kesempatan akses, keikutsertaan, pengawasan serta mendapatkan manfaat yang adil dan merata dalam pembangunan. Tujuan utama agar terciptanya sumberdaya manusia yang unggul, demi terwujudnya kehidupan bangsa yang adil dan sejahtera. Sebagai contoh dalam keterbukaan jalan untuk mendapatkan pendidikan merupakan salah satu upaya untuk peningkatan pemberdayaan perempuan agar mereka dapat turut serta dalam pengambilan keputusan dan berperan dalam menentukan kehidupannya.

Arah kebijakan dan strategi dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024 salah satunya mengenai meningkatkan kualitas anak, perempuan dan pemuda. Adapun cara yang dilakukan terkait pemberdayaan perempuan serta gender mencakup :

1. Kebijakan dan peraturan mulai ditata, diatur agar menjadi penguat dalam pemberdayaan perempuan
2. Percepatan pelaksanaan PUG di Kementerian/lembaga, pemerintahan kota/kabupaten/provinsi dan juga termasuk pemerintah desa.
3. Edukasi dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan serta pemahaman dari setiap individu, baik di keluarga, masyarakat, media massa dan dunia kerja atau usaha.
4. Peningkatan kontribusi perempuan dalam bidang kesehatan, pendidikan, tenaga kerja serta politik hingga kesempatan dalam pengambilan keputusan.
5. Koordinasi dari berbagai lintas sektor semakin dikuatkan.
(*National Development Planning Agency (Bappenas)*, 2020)

Ketercapaian dari strategi dan kebijakan ini dapat dilihat pada indikator berikut : (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

1. Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) : mengukur dimensi partisipasi perempuan di Parlemen, keterlibatan dalam memberikan pendapat serta partisipasi perempuan sebagai tenaga profesional dimana tahun 2021 hasilnya 76,26 meningkat dari tahun 2020 yakni 75,57.
2. Indeks Pembangunan Gender (IPG) : tahun 2021 91,27 dimana tahun sebelumnya yakni 91,06
3. Skor indeks ketidaksetaraan gender atau gender inequality index (GII) dimana yang diukur melalui 3 dimensi yakni dimensi pemberdayaan, dimensi kesehatan reproduksi dan dimensi pasar tenaga kerja. Di tahun 2021 GII berada pada skor 0,444 memperlihatkan lebih baik dari tahun 2019 dengan skor 0,48

Dari capaian indikator diatas memunculkan konsekuensi pada urgensi pengarusutamaan gender (PUG) dalam

pembangunan Indonesia dengan pembangunan yang responsif gender diharapkan dapat diintegrasikan ke dalam kebijakan. Pengarusutamaan gender menjadi strategi pembangunan untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sehingga bisa mendorong perempuan berpartisipasi, mempunyai keterampilan dan kepercayaan diri sehingga mampu mengambil keputusan dan membuat perubahan untuk kebaikan diri sendiri, keluarga, masyarakat dan bangsa. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

Bentuk pemberdayaan perempuan yang dipaparkan dalam profil perempuan Indonesia tahun 2022 antara lain :

1. Keterbukaan akses pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan
2. Pemberdayaan perempuan di bidang teknologi informasi yang bisa menyebabkan kemajuan seperti :
 - a. Sebagai dukungan atas kekurangan tenaga terampil di bidang teknologi informasi
 - b. Meningkatkan kesejahteraan karena dapat berkarir dan mempunyai pendapatan lebih baik
 - c. Dapat meningkatkan keikutsertaan politis karena keterlibatan dalam teknologi meningkatkan citra diri. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022).

7.3.2 Pemberdayaan Perempuan dalam bidang kesehatan masyarakat

Pemberdayaan perempuan bertujuan untuk mencapai kesetaraan gender dimasyarakat. Pemberdayaan perempuan ini menjadi salah satu pendekatan pembangunan dengan tetap melihat kemampuan dari seorang perempuan untuk melakukan pekerjaan yang produktif, reprodktif, privat hingga publik. Penolakan terhadap marginalisasi perempuan atau merendahkan penilaian terhadap kinerja perempuan. (Marofah and Ma'ruf, 2023)

Pemberdayaan perempuan dalam (Marofah and Ma'ruf, 2023) disebutkan perempuan dapat meningkatkan kemampuan perempuan dalam mengakses serta kontroling terhadap seluruh aspek kehidupannya. Pemberdayaan perempuan juga dinilai sebagai langkah efektif untuk mengatasi segala permasalahan ekonomi dan penyakit lainnya. Indikator perempuan telah berdaya antara lain :

1. Mempunyai kemandirian dan kreativitas yang tinggi
2. Inovasi atau terampil menciptakan hal yang baru
3. Mempunyai pandangan yang realitis terhadap keadaan
4. Mempunyai andil dalam pemecahan masalah sesuai dengan proporsinya
5. Berani mengambil keputusan dan mengeluarkan pendapatnya.

Perempuan memiliki peran dan harus berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan, adapun pemberdayaan perempuan dalam bidang kesehatan masyarakat antara lain :

1. Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan nasional (JKN) secara nasional diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial dan menggunakan prinsip ekuitas. Tujuan dari program ini untuk menjamin peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan.

Data dalam profil perempuan menyebutkan tidak semua masyarakat di Indonesia pada tahun 2020 memiliki jaminan kesehatan, jika kita lihat dari perbandingan jenis kelamin perempuan dan laki-laki, tingkat partisipasi perempuan lebih tinggi yakni 69,70 persen sedangkan laki-laki sebesar 68,89 persen. Hal ini berkaitan dengan sejumlah penelitian bahwa kepemilikan jaminan kesehatan dipengaruhi oleh jenis kelamin disamping itu keluhan akan

kesehatan memang banyak dilaporkan berasal dari jenis kelamin perempuan. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

2. Kesehatan Ibu dan Anak

Kegiatan pengabdian masyarakat yang dilaksanakan oleh Sri Astuti, dkk tahun 2017 dengan topik pemberdayaan perempuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dengan melaksanakan pelatihan kepada ibu hamil serta kader, keterampilan yang dicapai yakni membuat tas dari benang kaos yang mempunyai nilai jual. Selain itu juga diberikan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang kehamilan hingga nanti penggunaan KB. (Astuti, Susanti and Mardiyah, 2017)

Jika dilihat dari aspek kesetaraan gender, kementerian pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak melakukan intervensi dalam peningkatan peran serta perempuan dan perjuangan dalam mendapatkan akses, partisipasi penuh, menerima manfaat dan turut serta memiliki kontrol dalam pembangunan kesehatan terutama dalam bidang kesehatan ibu dan anak perempuan. Adapun program yang digagas oleh PPPA adalah *gender mainstreaming strategy*. Penguatan pada data dan sumber daya, responsif gender dan tindakan kearah positif turut serta dalam pengawasan upaya kesehatan ibu dan anak. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2021)

3. Keluarga Berencana

Keluarga berencana berkaitan dengan pengaturan kelahiran anak, jarak kelahiran dan umur yang ideal untuk melahirkan. Mengatur kehamilan melalui edukasi pendidikan kesehatan, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi. Kebijakan pemerintah dalam keluarga berencana ada dalam 5 aspek :

- a. Mengatur keha²⁰⁶an yang diinginkan
- b. Memelihara kesehatan yang berdampak pada penurunan angka kematian Ibu, bayi dan anak.
- c. Jalan untuk menemukan tempat yang tepat dalam hal informasi dan edukasi terkait keluarga berencana dan kesehatan reproduksi
- d. Kesempatan bagi laki-laki untuk berpartisipasi dalam praktik keluarga berencana
- e. Mengkampanyekan pemberian ASI selama 6 bulan serta menjarakkan kehamilan.

Pada program keluarga berencana ini kontribusi perempuan memegang peran penting seperti pengambilan keputusan yang dapat mengedepankan kesehatan dirinya. Selain itu partisipasi suami serta dukungan keluarga dalam ²⁶⁵ndukung keputusan perempuan juga mempengaruhi.

4. Kader

Posyandu merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang penggerakannya dari masyarakat, dalam penelitian Rina Bastian dkk tahun 2020 bentuk kemitraan posyandu dengan masyarakat merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat. Bentuk kegiatan tersebut seperti pengembangan program posyandu, pemberdayaan masyarakat disektor kesehatan. (Rina, Abdulhak and Shantini, 2020)

Kader merupakan masyarakat yang secara sukarela melakukan pekerjaan yang diatur oleh koordinator pelayanan kesehatan seperti posyandu dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kader dilatih dan diberikan pengetahuan untuk bisa menjadi garda terdepan dan terdekat dengan masyarakat. Peran kader Posyandu misalnya merupakan contoh dari peran serta perempuan dalam kesehatan ibu dan anak.

Di fasilitas kesehatan seperti Posyandu, diisi oleh minimal 5 orang kader, mereka diberikan job desk serta monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan Posyandu. Selain kader posyandu, perempuan juga berpartisipasi dalam tim PKK sebagai penggerak masyarakat. Bagaimana mempengaruhi masyarakat untuk meningkatkan derajat kehidupannya. Upaya revitalisasi posyandu dilakukan dalam bentuk pemberdayaan masyarakat, posyandu beserta kader-kader PKK dengan semangat baru menyongsong pelayanan prima diberikan ke masyarakat. (Kemenkes, 2011)

5. Fasilitas kesehatan

Hak asasi manusia salah satunya menjamin ter¹⁸⁴ap akses pelayanan kesehatan. Hal ini tertuang dalam deklarasi umum HAM dan Kovenan Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. Termasuk ¹⁵³ahas tentang penekanan kembali untuk perempuan mempunyai hak untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang secara khusus. Pelayanan secara khusus tersebut meliputi pelayanan yang menyangkut tentang KB, kehamilan, persalinaan dan pasca persalinaan. Juga termasuk mendapatkan akses dibidang makanan bergizi bagi ibu dalam masa kehamilannya. (Kementerian Pemberdayaan Pe¹¹⁰puan Perlindungan Anak, 2022)

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah hak asasi setiap manusia dan dalam UUD Republik Indonesia juga disebutkan bahwa pembangunan kesehatan yang berkeadilan gender diselenggarakan berdasarkan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat dan perlindungan. Jadi sangat jelas bahwa dalam hal akses pelayanan kesehatan harus berkeadilan gender karena

merupakan hak asasi manusia. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

Ainiyah dkk tahun 2022 dalam penelitian kajian literatur menyatakan pemberdayaan perempuan ini erat kaitannya dengan ketimpangan gender. Dimana permasalahan ini tidak terselesaikan dengan baik. Sehingga isu gender ini juga diangkat dalam tujuan ke-5 SDG's yakni kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. (Ainiyah dan Sudiono, 2022)

Fasilitas pelayanan kesehatan didirikan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Keberadaan fasilitas dekat dengan pemukiman penduduk tentunya menjadi kebutuhan dasar, khususnya bagi perempuan yang sedang hamil. Karena perempuan yang masa kehamilan membutuhkan asupan gizi untuk ibu dan bayi yang dikandungnya. (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- 76 Ainiyah, I. and Budiono, D. I. 2022. 'Pengaruh Pemberdayaan Perempuan Terhadap Pelayanan Kebidanan: Literature Review', *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 9(2), pp. 110–120. doi: 10.35316/oksitosin.v9i2.1705.
- 7 Astuti, S., Susanti, A. I. and Mandiri, A. 2017. 'Pemberdayaan Perempuan Untuk Meningkatkan Kesehatan Ibu Hamil Di Desa Cipacing Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang', *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(5), pp. 288–291.
- 2 Kemenkes. 2011. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2009. 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009', in.
- 126 Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Permenkes No. 8 Tahun 2019*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/111722/permenkes-no-8-tahun-2019> (Accessed: 9 August 2023).
- Kemen 115 dan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. 2021. *Angka Kematian Ibu Tinggi, Kemen PPA Dorong 171 ingkatan Akses Kesehatan Bagi Perempuan*. Available at: <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/3554/angka-kematian-ibu-tinggi-kemen-pppa-dorong-peningkatan-akses-kesehatan-bagi-perempuan> (Accessed: 28 Aug 116 2023).
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. 2023. *Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan 172 indungan Anak Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023*, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak. 2022. 'Profil Perempuan Indonesia'.

- 9
Marofah, S. and Ma'ruf, M. F. 2023. 'Pemberdayaan Perempuan Melalui Program Sekolah Perempuan Di Desa Kesamben Kulon Kecamatan Wringinanom Kabupaten ...', *Publika*. Available at: <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/publika/article/view/48985%0Ahttps://ejournal.unesa.ac.id/index.php/publika/article/download/48985/40804>.
- 26
National Development Planning Agency (Bappenas). 2020. 'RPJMN 2020-2024', *National Mid-Term Development Plan 2020-2024*, p. 313. Available at: <https://www.bappenas.go.id/id/data-dan...dan.../rpjmn-2015-1229/>.
- 7
Presiden Republik Indonesia. 2023. *Undang-Undang No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.
- Rina, B., Abdulhak, I. and Shantini, Y. 2020. 'Jalinan Kemitraan Program Posyandu dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan', *Diklus: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 4(2), pp. 112-123. doi: 10.21831/diklus.v4i2.31620.
- 167
Wikipedia. 2023. *Perempuan*, <https://id.wikipedia.org/wiki/Perempuan>. Available at: <https://id.wikipedia.org/wiki/Perempuan>.

BAB 8

INISIATIF PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT DI BERBAGAI KONTEKS

Oleh Risna Nurlia

8.1 Definisi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat ¹²

Menurut United Nations Development Program (UNDP), kesejahteraan masyarakat diukur dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM ialah indikator komposit dari 3 indikator bidang pembangunan: pendidikan, kesehatan, serta ekonomi. IPM Indonesia tahun 2010 ada di ranking 108, dan menurun di tahun 2011 menjadi 124. Satu fakta tersebut membuktikan betapa menurunnya mutu kehidupan orang Indonesia. Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyetujui implementasi Deklarasi Milenium. Tujuan Deklarasi disebut Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals-MDGs), memposisikan manusia menjadi fokus paling utama pembangunan. (Soedirham, 2012)

Kesehatan masyarakat adalah ilmu serta seni dalam preventif penyakit, membuat hidup lebih panjang dan mengoptimalkan kesehatan manusia lewat usaha yang sistematis serta pilahan informasi warga, lembaga, publik serta swasta, komunitas juga perseorangan; itu secara efektif menangkap bahwa kesehatan masyarakat berkaitan dengan kesehatan populasi, memiliki orientasi masa depan, dan memerlukan tindakan masyarakat / kolektif sering melibatkan koordinasi lintas sektor yang berbeda. Ruang lingkup kesehatan masyarakat dalam arti luas ini mencakup semua upaya masyarakat terorganisir yang berusaha

untuk membangun, memelihara, dan meningkatkan kesehatan. Ini menyiratkan dimasukkannya semua kegiatan yang mempromosikan kesehatan, mencegah, mengurangi dan mengobati penyakit, dan mengambil tindakan pada penentu sosial dan ekologi kesehatan, seringkali membutuhkan perubahan kebijakan publik dan tindakan masyarakat. (Laverack and Labonte, 2000).

Pemberdayaan kesehatan menekankan memfasilitasi kesadaran seseorang akan kemampuan untuk berpartisipasi secara sadar dalam kesehatan dan keputusan perawatan kesehatan. Pemberdayaan kesehatan adalah intervensi berbasis teori yang dirancang untuk mempromosikan penggunaan sumber daya pribadi dan sumber daya kontekstual sosial dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan pada orang dewasa tua yang tinggal di rumah. Teori pemberdayaan kesehatan adalah ekspresif dari pola kesejahteraan kesehatan manusia dan dipandang sebagai proses relasional yang muncul dari pengakuan sumber daya pribadi dan sumber daya kontekstual sosial. Proses ini memfasilitasi partisipasi yang bertujuan dalam pencapaian tujuan kesehatan dan peningkatan kesejahteraan individu (Hadiyanti, 2008)

Orang dewasa yang lebih berumur, terutama yang tinggal di rumah, adalah populasi yang rentan yang berisiko kehilangan kemandirian karena kesehatan mereka menurun. Tantangan penuaan pada orang dewasa yang lebih berumur yakni keamanan ekonomi, akses ke layanan masyarakat, dan perawatan kesehatan (Laverack, 2006). Menurut Bolnick, orang dewasa yang lebih berumur dengan kesehatan yang menurun berhubungan pada kondisi kronis seringkali memiliki banyak kebutuhan perawatan sosial dan kesehatan yang tidak terpenuhi. Kebutuhan ini dapat dipenuhi dengan baik melalui layanan perawatan rumah informal dan formal sebagai dasar untuk menunda atau mencegah pelembagaan. Studi membuktikan orang dewasa yang lebih

berumur lebih suka tinggal di rumah mereka selama mungkin, tetapi tidak mengetahui sumber daya di komunitas mereka untuk membantu mereka tetap di rumah. Seiring bertambahnya usia orang dewasa, kebutuhan kesehatan mereka menjadi lebih kompleks, dan pengakuan sumber daya pribadi dan sumber daya kontekstual sosial untuk mencapai tujuan kesehatan mungkin terbatas karena keterbatasan kesadaran dan akses ke sumber daya. Meningkatnya jumlah orang dewasa yang lebih tua dan kebutuhan perawatan sosial dan kesehatan yang terkait menggarisbawahi pentingnya memfasilitasi kesadaran dan akses ke sumber daya kontekstual pribadi dan sosial untuk mempromosikan kesejahteraan. Terlepas dari kerentanan, orang dewasa yang lebih berumur pun punya kekuatan yang dapat dibangun dalam meningkatkan kesejahteraan. Kekuatan meliputi sumber daya pribadi, khususnya, kapasitas diri, sumber daya kontekstual sosial, khususnya, jaringan sosial, dan pemanfaatan layanan social (Buhungo, 2004)

8.2 Pentingnya Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Pemberdayaan kesehatan adalah proses relasional yang muncul dari pengakuan seseorang terhadap sumber daya kontekstual pribadi dan sosial mereka sendiri. Tujuan dari pemberdayaan kesehatan adalah untuk memfasilitasi keterlibatan lansia dalam proses mengenali sumber daya pribadi, sumber daya kontekstual sosial termasuk jaringan sosial dan mengakses layanan sosial, dan mengidentifikasi tujuan kesehatan yang diinginkan dan sarana untuk mencapai tujuan tersebut. Meningkatkan pemberdayaan kesehatan lansia didasarkan pada aspek-aspek penting dari pengobatan termasuk: (1) memfasilitasi pengenalan dan membangun kapasitas diri, (2) memfasilitasi pengenalan jaringan pendukung dan mendorong pembangunan jaringan pendukung sosial, dan (3) memfasilitasi pengenalan pelayanan

sosial dan pemanfaatan pelayanan sosial. Pemberdayaan kesehatan berfokus pada partisipasi yang bertujuan dalam pencapaian tujuan individual dengan memasukkan fokus pada perhatian dan preferensi lansia yang tinggal di rumah dalam menentukan tujuan kesehatan. (Sulaeman *et al.*, 2012)

Pemberdayaan ialah proses untuk jadi makin kuat serta percaya diri, utamanya terkait dengan kendali hidup seseorang juga menuntut hak miliknya. Dalam perawatan kesehatan dan sosial, pemberdayaan didefinisikan sebagai proses seseorang memperoleh kendali lebih banyak terkait keputusan serta perbuatan yang berdampak pada kehidupan mereka. Pemberdayaan penting untuk semua orang yang terlibat dalam perawatan, termasuk pengguna layanan, keluarga mereka, orang yang dicintai dan pekerja perawatan. Pemberdayaan penting dalam perawatan kesehatan dan sosial karena memberi pengguna layanan pemahaman yang lebih besar tentang cara menavigasi sistem perawatan kesehatan. Ketika diberdayakan, individu dapat dengan percaya diri meminta informasi yang mereka butuhkan, bersamaan dengan mengembangkan kesadaran diri mereka dan menjadi mitra yang setara dalam perawatan mereka sendiri. Tidak hanya individu menjadi lebih terlibat dalam perawatan mereka ketika diberdayakan, tetapi mereka juga mendapatkan pemahaman penting tentang bagaimana membuat keputusan. Ini berarti bahwa individu berada di halaman yang sama dengan petugas perawatan dan meningkatkan komunikasi, serta hubungan perawat-pasien secara keseluruhan. Dengan demikian, ada banyak kendala yang menghalangi para profesional perawatan kesehatan untuk memberikan tingkat perawatan yang mereka inginkan. Hambatan ini bervariasi dan dapat mencakup batasan anggaran, penundaan janji temu, dan kekurangan staf. (Dooris and Heritage, 2013) Akibatnya, banyak pengguna layanan yang tidak puas dengan kualitas perawatan yang mereka terima. Hambatan ini juga memengaruhi berapa banyak waktu yang dapat dihabiskan oleh

tenaga kesehatan dengan pengguna layanan untuk menjelaskan kesehatan atau kondisi mereka. Akibatnya, ada kebutuhan bagi pengguna layanan untuk menjadi lebih mandiri dan terlibat dalam perawatan mereka sendiri. Satu dari sekian cara menjalankannya ialah mengimplementasikan sumber daya untuk mendukung pasien dan pemberdayaan pasien. Dengan menerapkan sumber daya ini, pasien dan pengguna layanan akan memiliki akses ke semua yang mereka butuhkan, seperti layanan pemesanan makanan jika mereka rawat inap, peta digital rumah sakit, dan akses ke tanggal dan waktu janji temu. (Utari, Arneliwati and Novayelinda, 2014)

8.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Masyarakat

8.3.1 Sosial dan Budaya

Kesehatan masyarakat salah satunya juga dipengaruhi oleh social budaya yang ada di tengah masyarakat. Adanya perkembangan social budaya mencerminkan adanya sebuah perubahan proses berpikir dalam lingkup masyarakat. Perubahan social budaya tersebut bisa berdampak positif dan negative. Salah satu contohnya adalah dari perubahan cara pengobatan masyarakat sesuai dengan tradisi dan budaya yang dianut. Kebudayaan ataupun kultur bisa menciptakan kebiasaan serta respon pada kesehatan juga penyakit pada seluruh warga tak peduli dengan tingkatan mereka. Sebab itu tenaga kesehatan tidak hanya melakukan promosi kesehatan, namun juga penting membuat warga paham akan proses penyakit terjadi serta upaya membenarkan keyakinan ataupun kebudayaan yang dipercaya terkait dengan kesehatan. (Ngurah, 2016)

8.3.2 Lingkungan Fisik

Bagi banyak orang, kata “lingkungan” berkaitan dengan alam—pegunungan, hutan, sungai, samudra, hewan, dan udara di

sekitar kita. Bagi orang lain, lingkungan mengingatkan kita pada “pemeluk pohon”, gerakan hijau, atau semboyan “Kurangi, gunakan kembali, daur ulang”. Tetapi lingkungan sebenarnya adalah segala sesuatu di dunia yang mengelilingi kita. Ketika lingkungan menjadi tercemar atau terkontaminasi, mereka dapat menyebabkan efek kesehatan yang berbahaya bagi manusia. “Kesehatan masyarakat” adalah istilah lain yang sering disalahpahami. Penelitian terbaru telah mengkonfirmasi bahwa banyak orang mengira itu mengacu pada program kesehatan pemerintah. Tetapi kesehatan masyarakat benar-benar tentang melindungi populasi — suku, komunitas, kota, negara bagian, dan bangsa — dari ancaman terhadap kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan mereka. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat lingkungan berfokus pada perlindungan sekelompok orang dari ancaman terhadap kesehatan dan keselamatan mereka yang ditimbulkan oleh lingkungan mereka. Kami di Pusat Kesehatan Lingkungan Nasional (NCEH) dan Badan Pendaftaran Zat Beracun dan Penyakit (ATSDR) berfokus pada perlindungan kesehatan masyarakat di lingkungan tempat kami tinggal, bekerja, belajar, dan bermain. Melindungi manusia dari ancaman kesehatan lingkungan membutuhkan pemahaman tentang kebutuhan dasar manusia dan bagaimana lingkungan dapat mempengaruhi mereka (Adliyani, Angraini and Soleha, 2017)

8.3.3 Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Sektor perawatan kesehatan adalah salah satu domain terpenting yang memengaruhi seluruh populasi global dan terkait erat dengan perkembangan negara mana pun. Ini juga memainkan peran penting dalam bagaimana suatu negara dipersepsikan dalam menjaga stabilitas ekonomi. Dengan demikian, sistem perawatan kesehatan membentuk bagian penting dari strategi pemerintah di seluruh dunia, dan tingkat pengeluaran industri diproyeksikan meningkat pada tingkat tahunan sebesar 4,1 persen secara global

antara 2017-2021. Ketika pasien memiliki akses ke perawatan kesehatan, mereka diberdayakan untuk membangun hubungan yang bermanfaat dengan penyedia dan pada akhirnya mengelola dan mengatasi penyakit dan cedera. Tanpa akses itu, orang hidup dengan rasa sakit yang tidak semestinya dan kondisi yang cenderung memburuk dari waktu ke waktu. Banyak orang di Amerika Serikat tidak memiliki akses langsung ke perawatan kesehatan — dan hambatan yang mereka hadapi bukanlah buatan mereka sendiri. Antara biaya asuransi yang tinggi, sistem transportasi yang tidak memadai dan masalah ketersediaan janji temu, calon pasien sering menghadapi hambatan yang tidak dapat diatasi untuk perawatan kesehatan yang mereka butuhkan dan layak dapatkan (Delima, Riyadi and Maulani, 2018)

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap aksesibilitas layanan kesehatan, termasuk hambatan ekonomi, sosial, dan geografis. Dampak dari hambatan-hambatan ini terhadap masyarakat dapat menjadi signifikan. Hambatan ekonomi untuk akses kesehatan dapat mencegah orang mendapatkan perawatan yang diperlukan. Hal ini dapat menyebabkan hasil kesehatan yang lebih buruk dan peningkatan biaya bagi masyarakat. Hambatan sosial termasuk diskriminasi, kurangnya pengetahuan tentang layanan yang tersedia, atau hambatan bahasa. Hambatan geografis dapat mempersulit orang untuk mendapatkan janji temu medis atau menemukan penyedia. Dampak dari hambatan-hambatan ini terhadap masyarakat dapat menjadi signifikan. Ketika orang tidak dapat mengakses layanan kesehatan, mereka mungkin menunda mencari perawatan, yang menyebabkan masalah kesehatan yang lebih parah. Mereka juga cenderung tidak menindaklanjuti perawatan yang direkomendasikan atau tindakan perawatan pencegahan. Hal ini dapat menyebabkan tingkat penyakit dan penyakit yang lebih tinggi dan pada akhirnya meningkatkan biaya untuk semua orang.(Margayaningsih, 2018)

8.3.4 Faktor Ekonomi

Dalam jangka panjang, pertumbuhan ekonomi dikaitkan pada hidup yang lebih panjang serta sehat. Dalam jangka pendek, hal itu mungkin tidak terjadi—ledakan ekonomi dapat meningkatkan angka kematian dan kehancuran dapat menguranginya. Ada banyak teori mengapa, dan beberapa bukti yang menunjukkan sistem kesehatan mungkin ada hubungannya dengan itu. Secara historis, peningkatan kesehatan jangka panjang dikaitkan dengan pertumbuhan ekonomi melalui 3 mekanisme luas: nutrisi yang lebih baik, peningkatan infrastruktur kesehatan masyarakat (seperti sanitasi dan kebersihan pasokan air), dan teknologi medis yang lebih efektif (seperti antibiotik dan vaksin). Hasil dari banyak penelitian menunjukkan hubungan kekayaan-kesehatan yang akrab ini, baik lintas negara maupun di dalamnya. Warga negara dengan pendapatan rata-rata lebih tinggi cenderung hidup lebih lama dan, meskipun demikian, mengalami lebih sedikit tahun kecacatan. Wanita di negara berpenghasilan tinggi memiliki tingkat anemia yang lebih rendah. Bayi yang lahir di negara-negara tersebut memiliki berat lahir yang lebih tinggi. Secara garis besar, hubungan antara kondisi ekonomi dan kesehatan bergantung pada konteks, dapat bervariasi dari waktu ke waktu, dan dapat berbeda dalam jangka pendek vs jangka panjang. Itu bisa berubah karena sifat ekonomi (seperti agraris vs industri vs jasa). Kedalaman resesi dan kekuatan lonjakan ekonomi juga berperan. Terakhir, komposisi populasi relevan, karena tipe individu yang berbeda rentan terhadap pengaruh perubahan ekonomi pada derajat yang berbeda (Pramesti and I K. G Bendesa, 2016)

8.4 Pendekatan dan Strategi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

8.4.1 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan berkaitan dengan mempromosikan kesehatan serta mengurangi penyakit yang disebabkan oleh perilaku. Dengan kata lain pendidikan kesehatan berkaitan dengan membangun atau mendorong perubahan sikap dan perilaku pribadi dan kelompok yang mempromosikan hidup sehat (Putri *et al.*, 2018) Pendidikan kesehatan memberikan informasi kepada siswa dan guru tentang fungsi tubuh aturan kesehatan dan kebersihan dan tindakan pencegahan untuk menjaga penyakit. Penyuluhan kesehatan ialah satu dari sekian hal pada promosi kesehatan. Itu bisa dijumpai pada sekolah, lokasi kerja, fasilitas kesehatan, serta sebagai bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat. Hal tersebut mengkuatkan media, serta bisa juga lewat edukasi dalam merubah wawasan serta memberikan pengaruh terkait sikap para profesional serta pemangku kebijakan. Sebab banyaknya ilmu didapatkan di lingkup informal, orang yang bekerja dalam pendidikan kesehatan dapat ditemukan bekerja dengan kelompok pemuda, organisasi masyarakat, dan jurnalis televisi, radio, dan pers. Teknik dapat mencakup materi pendidikan tertulis atau pendekatan partisipatif yang mencakup teater, lagu, dan tari. Pendidikan kesehatan dan bidang promosi kesehatan yang lebih luas sekarang menjadi bagian standar dan penting dari setiap sistem pelayanan kesehatan dan semakin tunduk pada penilaian nilai investasinya (Odone *et al.*, 2019)

8.4.2 Pengembangan Keterampilan dan Pengetahuan Masyarakat

Warga ¹⁶³ telah mulai menyadari bahwa kesehatan penting, tetapi pada beberapa daerah di Indonesia masih banyak yang belum menyadari bahwa kesehatan adalah hal penting, begitu juga dengan melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan.

Menurut riset oleh Habeahan (200) di Medan pada murid Panti Asuhan Rapha-El Simalingkar, menunjukkan wawasan terkait PBHS yang tepat akan berpengaruh pada kondisi individu yang juga menjadi baik. Ketepatan wawasan terkait PBHS bisa meminimalisir keluhan yang ada, dengan begitu mutu hidup makin membaik. Dalam riset Amalia (200) di Surakarta menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan PBHS, yakni pendidikan yang rendah diikuti penilaian PBHS yang juga rendah. PBHS yang tak baik tersebut bisa berpengaruh pada mutu hidup individu jadi kurang membaik. (Aprilia, Asiyanto and Hadiwiardjo, 2020)

8.4.3 Partisipasi Masyarakat Dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan

Peranan warga punya makna amat luas, para ahli menjelaskan bahwa partisipasi warga pada hakikatnya ialah tindakan serta perilaku yang memiliki batasan tak jelas namun mudah dirasa, dihayati, serta diimplementasikan tetapi juga sulit dirumuskan. Peranan warga ialah partisipasi seseorang, keluarga juga sekelompok masyarakat pada tiap gerakannya yang mengupayakan kesehatan yang mencakup bertanggungjawab untuk kesehatan pribadi, keluarga, serta warga. Peranan warga dalam bidang kesehatan ialah kondisi dimana seseorang, keluarga, juga warga berpartisipasi dalam tanggung jawabnya pada kesehatan pribadi, keluarga, juga warga disekitarnya (Fuadah and Sianipar, 2020)

8.4.4 Kolaborasi dengan organisasi lokal dan internasional

Kolaborasi antara perawatan kesehatan, layanan sosial, dan sektor lain semakin dilihat sebagai jalan untuk meningkatkan kesehatan dan pemerataan kesehatan. Alasan untuk ini tidak sulit ditemukan. Kesehatan populasi dipengaruhi oleh berbagai faktor—termasuk kondisi sosial dan ekonomi struktural, kebijakan publik di bidang pendidikan, jaminan sosial, perawatan kesehatan, dan

area lain, lingkungan hidup dan kerja, dan banyak lagi. Sementara akses ke perawatan kesehatan merupakan bagian penting dari gambaran ini, faktor non-medis yang lebih luas, seperti pendidikan dan pendapatan, memainkan peran utama dalam membentuk kesehatan dan distribusinya (Tsaniyah and Wahjuni, 2020). Faktor-faktor ini, pada gilirannya, dipengaruhi oleh aktivitas berbagai organisasi dan kelompok, seperti pemerintah pusat dan daerah, lembaga layanan sosial, sekolah, dan pemberi kerja. Kemitraan lintas sektor telah diusulkan sebagai cara untuk mengoordinasikan kegiatan ini untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Kolaborasi antar sektor untuk meningkatkan kesehatan bukanlah hal baru. Pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan, misalnya—di mana dampak kesehatan dipertimbangkan dalam proses kebijakan lintas pemerintah—telah dikembangkan oleh pemerintah di Eropa, Kanada, dan di tempat lain. Kolaborasi internasional telah lama digunakan untuk membantu mengatasi tantangan kesehatan masyarakat, seperti pengendalian tembakau dan mengatasi kemiskinan. Dan berbagai kemitraan lokal dan regional untuk meningkatkan kesehatan telah terjalin dalam konteks yang beragam. Ini termasuk kerja bersama antara layanan kesehatan dan layanan sosial, kemitraan layanan publik yang lebih luas, dan koalisi komunitas dari berbagai pemangku kepentingan yang terkadang mencakup negara bagian atau kabupaten, dan terkadang menargetkan populasi yang lebih kecil di kota atau lingkungan sekitar. Kolaborasi ini dapat bersifat sukarela, diamanatkan, atau dikembangkan sebagai respons terhadap kebijakan nasional.(Alamsyah, 2021)

8.5 Studi Kasus: Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat di Berbagai Konteks

8.5.1 Inisiatif di Negara Maju

Di Eropa sudah mengembangkan sistem digitalisasi kesehatan masyarakat. Digitalisasi tidak boleh mengubah prinsip kesehatan masyarakat; melainkan harus mendukung dan memungkinkan pelaksanaannya. Kami melihat digitalisasi sebagai sarana, seperangkat alat, bukan tujuan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat digital bukanlah disiplin semata, tetapi aset yang dimiliki komunitas kita untuk memenuhi tujuan dan misinya. Sasaran sistem kesehatan untuk kualitas, aksesibilitas, efisiensi, dan pemerataan layanan kesehatan, yang dianut oleh profesional kesehatan masyarakat tidak berubah oleh proses digitalisasi. Mengakui bahwa digitalisasi adalah revolusi teknologi yang menembus semua aspek masyarakat, bagaimana hal itu dapat digunakan secara bermanfaat untuk mempertahankan 'ilmu serta seni preventif pada penyakit, membuat hidup lebih panjang dan mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan lewat usaha sistematis serta pilahan warga, lembaga yang terinformasi? publik juga swasta, komunitas serta perseorangan? Karena kesehatan masyarakat di Eropa menghadapi tantangan besar — termasuk populasi yang menua, beban penyakit tidak menular yang berkembang, pengaruh kepentingan pribadi pada faktor risiko perilaku mereka, keberlanjutan layanan kesehatan nasional, dan kesenjangan kesehatan antara dan di dalam negara, kita harus berusaha untuk lebih memahami potensi teknologi digital dalam mendukung upaya kesehatan masyarakat. (Alderwick *et al.*, 2021)

Pilar untuk strategi sukses Eropa untuk digitalisasi kesehatan masyarakat antara lain: (Qowiyyum and Pradana, 2021)

1. Komitmen politik: komitmen politik yang kuat dan kepemimpinan pemerintah diperlukan untuk menerapkan strategi kesehatan masyarakat digital di tingkat nasional, dan di seluruh Eropa.

2. Kerangka normatif dan peraturan: seperangkat peraturan yang jelas harus mendukung interoperabilitas untuk memungkinkan pertukaran data yang aman dan efektif antara sistem teknologi informasi dan komunikasi yang berbeda di tingkat nasional dan Eropa.
3. Infrastruktur teknis: Otoritas kesehatan nasional dan daerah, serta rumah sakit dan lembaga kesehatan harus dilengkapi dengan infrastruktur teknis untuk mendukung penerapan solusi digital.
4. Investasi ekonomi: keberhasilan implementasi solusi kesehatan masyarakat digital membutuhkan investasi ekonomi publik dan swasta yang ditargetkan.
5. Pelatihan dan pendidikan: tenaga kesehatan masyarakat perlu dilatih untuk merangkul solusi digital dan kurikulum universitas harus semakin menyertakan modul kesehatan digital multidisiplin.
6. Penelitian: R&D serta penelitian operasional harus dilakukan berdasarkan layanan kesehatan dan informatika biomedis ilmiah untuk studi tentang dampak, kemanjuran, dan efektivitas biaya intervensi kesehatan digital.
7. Pemantauan dan evaluasi: pengenalan dan pemantauan solusi digital kesehatan masyarakat dalam pengaturan yang berbeda harus didukung oleh evaluasi teknologi berdasarkan target, solid, dan berbagi model *Health Technology Assessment* (HTA)

8.5.2 Informatif di Negara Berkembang

Di Indonesia, Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) ialah satu dari sekian usaha mempromosikan kesehatan yang punya tujuan supaya tiap individu bisa tinggal di lingkup yang higienis serta menyehatkan dengan membangun keadaan yang kondusif untuk individu, keluarga, kelompok serta warga. Hal tersebut punya tujuan agar mengoptimalkan wawasan, sikap serta

tindakan supaya bisa mengimplementasikan cara hidup sehat untuk menjaga, merawat, serta mengoptimalkan kesehatan (Raksanagara, 2015). Pemberdayaan masyarakat ialah bagian yang amat penting serta bisa dibilang ujung tombak mempromosikan kesehatan. Pemberdayaan bisa lebih sukses apabila dijalankan lewat kemitraan ataupun memakai cara yang sesuai. Satu dari sekian misi mempromosikan kesehatan ialah memberdayakan individu, keluarga, juga warga agar hidup sehat. Maka dari itu, sasaran mempromosikan kesehatan bisa lewat pemberdayaan perseorangan, keluarga juga kelompok ataupun masyarakat (Rakasiwi, 2021)

8.5.3 Inisiatif di Daerah Perkotaan

Dinas Kesehatan Kota Bandung membuat visi terkait kesehatan yakni warga Bandung yang mandiri hidup sejahtera. Untuk mencapai hal itu dilaksanakan beragam strategi yakni (1) Mengoptimalkan mutu serta akses layanan kesehatan dasar serta acuan yang punya mutu, merata serta terjangkau (2) mengoptimalkan mutu lingkup bersih lewat sanitasi dasar maupun umum (3) Mengoptimalkan promosi serta pemberdayaan warga untuk membangun kesehatan. (4) Mengoptimalkan aturan serta manajemen dalam membangun kesehatan (Dinkes, 2012). Pemberdayaan lansia bisa dijalankan dengan beragam pendekatan yang mana salah satunya ialah model *Adaptif Conservation* yang dikembangkan Mary Levine (1967-1989). Model tersebut membuktikan dimana penuntasan permasalahan kesehatan dijalankan bersamaan mencakup seluruh energi, struktur, integritas pribadi, juga sosial. Dengan keahlian perseorangan untuk melakukan adaptasi, kesehatan bisa diraih dengan maksimal apabila proses adaptasi tersebut dijalankan dengan konservasi (Suprpto and Arda, 2021)

8.5.4 Inisiatif di Daerah Pedesaan

Pemberdayaan masyarakat yang mengajak warga menjadi mitra puskesmas dalam menolong berjalannya program yang punya cakupan wilayah luas, yang dijalankan puskesmas untuk mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yakni pengoptimalan akses serta layanan kesehatan yang merata di wilayah kerja puskesmas, peranan keluarga amat menolong pada implementasi program tersebut, sebab keluarga yang lebih mengerti keadaan sasaran dari terlaksananya program tersebut, pemilahan warga menjadi mitra puskesmas dalam menolong berjalannya program tersebut pun dipilah dari warga yang punya peran penting di wilayah tersebut. Program tersebut memakai strategi paradigma sehat yang dilaksanakan dengan mementingkan kesehatan pembangunan, usaha promosi yang dikuatkan yang mana pemerintah berharap tercipta tindakan serta kondisi yang kondusif di lingkungan serta sistem penunjang kesehatan yang dipakai warga, usaha mencegah penyakit semenjak dini, juga pemberdayaan warga dalam mengoptimalkan aksesnya layanan kesehatan dengan puskesmas yang memakai konsep pendekatan keluarga, program tersebut memakai pendekatan continuum of care yaitu menurut (American Academy of Family Physicians (AAFP), 2015) ialah perawatan kesehatan berkelanjutan yang berkolaborasi bersama tenaga kesehatan agar biaya perawatan kesehatan bisa dipangkas. Berkat bantuan pihak keluarga terdekat serta intervensi berbasis resiko kesehatan untuk mengoptimalkan kualitas kesehatan agar keluarga sehat bisa dicapai. Dengan pendekatan keluarga sebagai cara puskesmas menaikkan jangkauan sasaran serta akses kesehatan pada wilayahnya, dengan datang ke rumah keluarga lalu mendata profil kesehatan serta pengawasan riwayat penyakit anggota keluarga sebagai peremajaan data kesehatan pusat. (Alsoukhni et al., 2023)

8.6 Tantangan dan Hambatan dalam Implementasi Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

8.6.1 Keterbatasan Sumber Daya

Sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia berjuang dengan sumber daya yang terbatas, sehubungan dengan kebutuhan perawatan kesehatan yang ada. Itu menempatkan fokus pada pertanyaan tentang bagaimana memprioritaskan dan mengalokasikan sumber daya yang tersedia. Ini berarti tidak hanya memprioritaskan dan mengalokasikan sumber daya moneter murni tetapi juga sumber daya dalam hal misalnya personel, kompetensi, peralatan, obat-obatan, fasilitas. Selain itu, karena sistem perawatan kesehatan yang didanai publik bergantung pada kepercayaan warga negara, dan kemauan untuk berkontribusi pada kesejahteraan bersama melalui pajak, penting juga bagi warga negara untuk menganggap alokasi sumber daya sebagai adil. Beberapa negara, misalnya Swedia dan Norwegia, telah merumuskan prinsip etik yang diatur dalam undang-undang tentang bagaimana memprioritaskan dan mengalokasikan sumber daya dalam pelayanan kesehatan secara adil sebagai dukungan bagi pengambil keputusan dan dokter. Kurangnya sumber daya dalam pengaturan perawatan kesehatan memiliki konsekuensi serius bagi kualitas perawatan pasien dan lingkungan kerja profesional untuk perawat, terapis, dan penyedia layanan kesehatan lainnya (Moniz, Trihandini and Rachman, 2022)

8.6.2 Masalah Infrastruktur

Infrastruktur harus mengintegrasikan rumah sakit, sebagai pusat perawatan akut dan rawat inap, pada sistem perawatan kesehatan yang makin luas, dan harus memfasilitasi tujuh domain kualitas – pengalaman pasien, efektivitas, efisiensi, ketepatan waktu, keamanan, kesetaraan, serta keberlanjutan. Infrastruktur meliputi lingkup binaan serta elemen pendukung: alat, akses, teknologi informasi (TI), sistem serta proses, inisiatif

keberlanjutan, dan staf. Secara keseluruhan aspek-aspek yang terjalin ini harus memungkinkan pasien untuk bergerak tanpa hambatan, dengan privasi dan martabat mereka terjaga setiap saat, 3 dari rujukan awal melalui rumah sakit setempat ke pusat spesialis tersier dan pemulangan ke perawatan yang sesuai (rumah, rumah perawatan, atau rumah sakit komunitas dengan perawatan menengah), berapa pun usia, kelainan atau keadaan sosial pasien. Infrastruktur adalah pilar utama yang mendukung tujuan mendasar untuk melakukan promosi standar perawatan serta kesejahteraan yang makin baik bagi seluruh pasien, juga dengan pengalaman yang baik dari sistem perawatan kesehatan. Secara paralel, sistem serta staf perawatan kesehatan harus mendukung promosi kesehatan yang efektif, pencegahan dan perawatan mandiri seluruh penduduk. 'Setiap kontak diperhitungkan' (www.makeeverycontactcount.co.uk/) dan, dalam hal ini, rumah sakit memiliki peran kunci dalam menyediakan kontak bagi kelompok populasi yang kurang beruntung, seperti tunawisma, korban kekerasan, dan pecandu, yang tidak mengakses perawatan primer. Selain itu, tujuan sekunder harus untuk meningkatkan kesejahteraan staf, karena hal ini secara integral terkait dengan memastikan peningkatan perawatan bagi pasien (Grehenson, no date)

8.6.3 Perbedaan Budaya dan Kepercayaan

Menurut Menteri Kesehatan, Nila Farid Moeloek, ketika memberi penjelasan pers usai pembukaan Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) tahun 2018 di *International Convention Center* (ICE) BSD Tangerang, kebudayaan tentu menjadi salah satu faktor determinan yang berpengaruh pada status kesehatan warga. Salah satunya budaya patriarki atau dominasi pria dalam keluarga, berpengaruh pada angka kematian ibu. Sering adanya keterlambatan saat mengambil keputusan yang mana sudah terlambat untuk dibawa ke layanan kesehatan lalu

menyebabkan terlambat ditangani. Contoh lainnya dari budaya sebuah daerah yang berdampak pada pola tindakan warganya berpengaruh pada kesehatan yaitu kebiasaan mengunyah makanan agar lumat lalu diberi ke bayi. Hal tersebut beresiko besar untuk bayi, mengingat mulut orang dewasa banyak memiliki kuman yang mana berbahaya jika hal itu masuk ke bayi. (Hasugian et al., 2023)

8.6.4 Resistensi terhadap perubahan

Resistensi bisa diartikan menjadi mekanisme pertahanan pikiran bawah sadar yang punya tujuan melindungi kita dari kondisi yang dianggap buruk. Tetapi sebenarnya perubahan bukan sesuatu yang menyakitkan. Justru resisten pada perubahan itulah yang membuat perubahan jadi menyakitkan (Gunawan, 2007). Sanjaya (2011) menjelaskan bahwa kondisi SDM kesehatan kita dapat mengalami resistensi (penolakan) pada system informasi kesehatan oleh tenaga kesehatan kita. Maka dari itu, diperlukan sebuah strategi adopsi teknologi yang tepat, supaya tidak mengalami resistensi yang berujung pada gagalnya system yang dibentuk. Argumen tersebut cukup punya alasan sebab sedikitnya kompetensi SDM kesehatan yang mengerti teknologi bisa saja memunculkan asumsi bahwa penerapan sisten informasi berefek pada bertambahnya beban kerja, menyusahkan sebab mesti belajar dari awal, dan lainnya.

8.7 Evaluasi dan Keberhasilan Inisiatif Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

8.7.1 Indikator Keberhasilan

Pemberdayaan kesehatan masyarakat merupakan suatu inisiatif yang krusial dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Inisiatif ini berfokus pada memberdayakan individu-individu dalam masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam menjaga dan meningkatkan

kesehatan mereka sendiri, serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait dengan kesehatan. Evaluasi terhadap inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah langkah penting untuk memastikan keberhasilan program tersebut. Untuk menilai keberhasilan inisiatif ini, diperlukan sejumlah indikator yang dapat memberikan gambaran komprehensif tentang dampaknya. Berikut adalah beberapa indikator keberhasilan yang perlu dipertimbangkan:

1. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat, indikator pertama dalam evaluasi keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan. Kenaikan pengetahuan tentang risiko kesehatan, pola hidup sehat, dan pentingnya perawatan kesehatan yang baik dapat dianggap sebagai tanda positif.
2. Perubahan perilaku kesehatan, perubahan perilaku kesehatan masyarakat adalah salah satu indikator utama. Ini melibatkan pergeseran dari perilaku yang merugikan kesehatan ke perilaku yang lebih sehat, seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi gula, atau meningkatkan tingkat aktivitas fisik.
3. Akses terhadap pelayanan kesehatan, keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat diukur dari sejauh mana masyarakat memiliki akses yang lebih baik ke pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hal ini termasuk meningkatnya jumlah orang yang menerima vaksinasi, layanan antenatal, dan pelayanan kesehatan pranatal.
4. Partisipasi masyarakat, indikator lain adalah tingkat partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait dengan kesehatan. Semakin banyak masyarakat yang terlibat dalam merancang dan mengimplementasikan program kesehatan, semakin besar peluang keberhasilan inisiatif ini.

5. Perubahan dalam angka kesehatan, selain itu, perubahan dalam angka kesehatan populasi juga merupakan indikator kunci. Ini mencakup penurunan angka kematian anak, penurunan angka penyakit menular, peningkatan harapan hidup, dan penurunan angka kejadian penyakit kronis.
6. Keterlibatan pihak terkait, keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat juga dapat diukur melalui keterlibatan pihak terkait, termasuk lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta. Kerja sama antara semua pihak ini dapat meningkatkan efektivitas program.
7. Keberlanjutan program, akhirnya, keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat juga dapat dilihat dari tingkat keberlanjutan program. Apakah program tersebut bisa senantiasa berlangsung serta bermanfaat secara jangka panjang bagi masyarakat?

Dalam mengukur keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat, penting untuk menggabungkan sejumlah indikator ini. Keberhasilan sejati akan tercermin dalam kombinasi perubahan positif dalam pengetahuan, perilaku, akses terhadap pelayanan kesehatan, partisipasi masyarakat, perubahan dalam angka kesehatan, keterlibatan pihak terkait, dan keberlanjutan program. Dengan pendekatan yang komprehensif ini, kita dapat memastikan bahwa inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat berkontribusi nyata terhadap peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

8.7.2 Monitoring dan evaluasi program

Pemberdayaan kesehatan masyarakat ialah pendekatan kritis sebagai usaha mengoptimalkan mutu kehidupan serta kesehatan masyarakat. Namun, untuk memastikan keberhasilan inisiatif ini, monitoring dan evaluasi program yang efektif sangat

penting. Monitoring dan evaluasi adalah dua proses yang saling terkait tetapi berbeda, yang bertujuan untuk mengukur, memahami, dan meningkatkan dampak serta kinerja suatu program atau inisiatif.

1. Monitoring Program

Monitoring program adalah proses pengumpulan, pemantauan, dan dokumentasi data secara berkala selama pelaksanaan program. Hal ini dilakukan agar bisa dipastikan bahwa program berlangsung sejalan dengan perencanaan awal dan mencapai tujuannya. Dalam konteks inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat, monitoring melibatkan pemantauan indikator kunci seperti partisipasi masyarakat, peningkatan pengetahuan, dan perubahan perilaku yang diinginkan. Dengan monitoring yang baik, kita dapat mengidentifikasi masalah sejak dini, membuat perubahan yang diperlukan, dan memastikan program tetap berfokus pada tujuannya.

2. Evaluasi Program

Evaluasi program adalah proses yang lebih mendalam dan sistematis untuk mengukur dampak dan efektivitas suatu inisiatif. Evaluasi biasanya dilakukan pada akhir program atau dalam periode tertentu, dan fokus pada pertanyaan-pertanyaan penting seperti apakah program mencapai tujuannya, apakah ada perubahan yang signifikan dalam kondisi kesehatan masyarakat, dan apakah sumber daya digunakan dengan efisien. Evaluasi juga dapat membantu mengidentifikasi pelajaran yang dapat diambil untuk program-program masa depan. Evaluasi program pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat mencakup analisis dampak perubahan perilaku, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, atau perubahan dalam angka kesehatan masyarakat.

3. Manfaat Monitoring dan Evaluasi Program

Monitoring serta evaluasi program pemberdayaan kesehatan masyarakat memiliki beberapa manfaat penting. Pertama, mereka memungkinkan penyesuaian yang tepat waktu dan perbaikan dalam pelaksanaan program, sehingga program dapat lebih efektif dalam mencapai tujuannya. Kedua, mereka memberikan bukti empiris tentang apakah program tersebut berhasil atau tidak, yang dapat digunakan untuk mempengaruhi pemangku kebijakan, mendapatkan dukungan lebih lanjut, atau mengalokasikan sumber daya dengan bijak. Terakhir, monitoring dan evaluasi membantu menciptakan akuntabilitas dalam penggunaan dana publik dan sumber daya yang diberikan untuk inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat.

8.7.3 Dampak Jangka Panjang

Pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah pendekatan komprehensif untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dengan memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya kepada individu dan komunitas. Ketika kita mengevaluasi keberhasilan inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat, sangat penting untuk tak hanya mempertimbangkan pengaruh jangka pendek, namun juga pengaruh jangka panjang yang dapat dirasakan oleh masyarakat. Dampak jangka panjang ini mencerminkan kontribusi sejati inisiatif tersebut terhadap perubahan positif dalam kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Salah satu dampak jangka panjang yang paling signifikan dari inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan. Ketika individu dan komunitas mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk mengadopsi gaya hidup sehat, ini cenderung berdampak positif dalam jangka panjang. Misalnya, program yang

mengedukasi masyarakat tentang bahaya merokok atau pola makan yang buruk dapat menghasilkan perubahan perilaku yang berlangsung sepanjang hidup, mengurangi risiko penyakit kronis seperti kanker serta penyakit jantung.

Disamping itu, inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat dapat menciptakan fondasi yang kuat untuk pengambilan keputusan yang lebih baik terkait kesehatan. Ketika masyarakat memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami informasi kesehatan dan memilih pilihan yang tepat, mereka cenderung menjadi agen perubahan dalam perawatan kesehatan pribadi dan keluarga. Dalam jangka panjang, ini dapat mengurangi beban penyakit, mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya kesehatan, juga mengarah ke mutu kehidupan yang makin baik.

Selain dampak kesehatan yang berkelanjutan, inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat juga dapat memiliki dampak sosial dan ekonomi yang positif dalam jangka panjang. Masyarakat yang lebih sehat cenderung lebih produktif, mengurangi absensi kerja, dan memiliki biaya perawatan kesehatan yang lebih rendah. Ini dapat membantu meningkatkan pertumbuhan ekonomi lokal dan kualitas hidup secara keseluruhan. Selain itu, perubahan positif dalam masyarakat, seperti peningkatan partisipasi dalam kegiatan sosial dan kebijakan, dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Namun, penting untuk diingat bahwa dampak jangka panjang dari inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat memerlukan komitmen jangka panjang dalam hal sumber daya, pemantauan, dan dukungan berkelanjutan. Evaluasi program yang komprehensif harus mencakup pemantauan dampak jangka panjang ini untuk memastikan bahwa inisiatif ini benar-benar berhasil dalam mencapai tujuannya untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat dalam jangka panjang. Adanya paham yang lebih baik terkait dampak jangka panjang, kita dapat

merencanakan dan mendukung inisiatif pemberdayaan kesehatan masyarakat yang berkelanjutan dan berdampak positif bagi generasi mendatang.

8.8 Kesimpulan

Tenaga kesehatan merupakan motor penggerak tercapainya program kesehatan di fasilitas kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menyusun berbagai strategi untuk mengoptimalkan kinerja dan produktivitas tenaga kesehatan sebagai sumber daya manusia pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (Cometto dan Dussault, 2020). Dalam strategi ini penguatan tenaga kesehatan dilakukan dalam berbagai aspek terutama dalam menciptakan lingkungan kerja yang ideal untuk meningkatkan motivasi, kepuasan kerja, dan retensi, dimana salah satu pendekatannya berkaitan dengan pemberian kompensasi. Dengan demikian, diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai suatu organisasi dapat menjalankan tugasnya untuk memenuhi target kesehatan yang diberikan oleh pembuat kebijakan. Publikasi terbaru menegaskan keyakinan bahwa partisipasi dan pemberdayaan masyarakat memiliki manfaat penting melalui peningkatan demokrasi, memobilisasi sumber daya dan energi, mengembangkan pendekatan holistik, mencapai keputusan yang lebih baik dan layanan yang lebih efektif, serta memastikan kepemilikan dan keberlanjutan program. Seperti pendapat Wallerstein, “pemberdayaan... [adalah] hasil yang penting dalam haknya sendiri, dan juga hasil perantara dalam jalur untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dan pengucilan sosial,”—sebuah poin yang diulangi oleh Hothi, yang menyarankan bahwa “pemberdayaan dilakukan dengan baik '... membantu individu dan komunitas untuk melakukan kontrol atas keadaan yang mempengaruhi kehidupan mereka, sehingga meningkatkan kesejahteraan lokal.

Guareschi dan Jovchelovitch berkomentar bahwa partisipasi untuk pemberdayaan tidak hanya melayani peran penyadaran, tetapi juga “membentuk kembali hubungan antara individu, komunitas dan arena politik, memberdayakan, mengembangkan kewarganegaraan dan menempa ruang bagi kehadiran akar rumput dalam struktur kelembagaan. negara.” Evaluasi Kota Sehat Fase IV mengidentifikasi banyak contoh fasilitasi akses ke informasi, konsultasi, dan memungkinkan partisipasi dalam pengambilan keputusan oleh masyarakat setempat. Banyak kota juga menunjukkan komitmen untuk memberdayakan proses. Dengan mendorong kepemimpinan kota yang nyata yang memprioritaskan tata kelola partisipatif yang inovatif, gerakan Kota Sehat Eropa telah menunjukkan kemampuannya untuk menjembatani jurang antara “top-down” dan “bottom-up” dan memberikan kontribusi penting bagi kesehatan, kesejahteraan, dan keberlanjutan perkembangan.

Kolaborasi antar sektor untuk meningkatkan kesehatan bukanlah hal baru. Pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan, kolaborasi internasional telah lama digunakan untuk membantu mengatasi tantangan kesehatan masyarakat, seperti pengendalian tembakau dan mengatasi kemiskinan. Dan berbagai kemitraan lokal dan regional untuk meningkatkan kesehatan telah terjalin dalam konteks yang beragam. Ini termasuk kerja bersama antara layanan kesehatan dan layanan sosial, kemitraan layanan publik yang lebih luas, dan koalisi komunitas dari berbagai pemangku kepentingan yang terkadang mencakup negara bagian atau kabupaten, dan terkadang menargetkan populasi yang lebih kecil di kota atau lingkungan sekitar. Kolaborasi ini dapat bersifat sukarela, diamanatkan, atau dikembangkan sebagai respons terhadap kebijakan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Adliyani, Z.O.N., Angraini, D.I. and Soleha, T.U. 2017. 'Pengaruh Pengetahuan, Pendidikan dan Ekonomi Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Masyarakat Desa Pekonmon Kecamatan Ngambur Kabupaten Pesisir Barat', *Majority*, 7(1), pp. 691-3.
- Alamsyah, D. 2021. 'Pelatihan Dan Pengembangan Ilmu Pengetahuan Tentang Teknik Membubut Dalam Rangka Meningkatkan Keterampilan Bagi Masyarakat Nelayan Kelurahan Marunda Di Lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Pelayaran', *Jurnal Karya Abdi*, 5(2), p. 6.
- Alderwick, H. et al. 2021. 'The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews', *BMC Public Health*, 21(1), pp. 1-16. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>.
- Alsoukhni, M.A. et al. 2023. 'Evaluation of the public health empowerment program in the Eastern Mediterranean region', *Frontiers in Public Health*, 11(May), pp. 1-8. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1180678>.
- Aprilia, C.A., Asiyanto, M.C. and Hadiwiardjo, Y.H. 2020. 'Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Pengukuran Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Bagi Kader Kesehatan Di Puskesmas Sawan Depok', *INTEGRITAS : Jurnal Pengabdian*, 4(2), p. 190. Available at: <https://doi.org/10.36841/integritas.v4i2.610>.
- Buhungo, R. 2004. 'Faktor Perilaku Kesehatan Masyarakat dan Kondisi Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Malaria', (1), pp. 1-14.

- 60
Delima, A.R., Riyadi, N.A. and Maulani, C. 2018. 'Upaya Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Ibu Mengenai Kesehatan Gigi dan Mulut Balita', *JPPM (Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 2(2), p. 245. Available at: <https://doi.org/10.30595/jppm.v2i2.2463>.
- 18
Dooris, M. and Heritage, Z. 2013. 'Healthy cities: Facilitating the active participation and empowerment of local people', *Journal of Urban Health*, 90(SUPPL 1), pp. 74–91. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9623-0>.
- 133
Fuadah, F. and Sianipar, I. 2020. 'Ilmu Kesehatan, Mencegah Penyakit Dan Memperpanjang Hidup', *JURNAL KESEHATAN STIKes MUHAMMADIYAH CIAMIS*, 6(1), pp. 47–55. Available at: <https://doi.org/10.52221/jurkes.v6i1.59>.
- 123
Grehenson, G. (no date) *Kualitas Infrastruktur Pengaruhi Standar Kehidupan Masyarakat*. Available at: <https://ugm.ac.id/id/berita/599-kualitas-infrastruktur-pengaruhi-standar-kehidupan-masyarakat/>.
- 43
Hadiyanti, P. 2008. 'Strategi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Keterampilan Produktif Di Pkbm Rawasari, Jakarta', *Perspektif Ilmu Pendidikan*, 17(IX), pp. 90–99. Available at: <https://doi.org/10.21009/pip.171.10>.
- 197
Hasugian, A.R. et al. 2023. 'Factors Affecting Indonesian Public Health Centers' Health Workers' Income Adequacy', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 11(1), pp. 4–12. Available at: <https://doi.org/10.20473/ijha.v11i1.2023.4-12>.
- 134
Indonesia, K.K. (no date) *Tiga Masalah Kesehatan yang Dihadapi Indonesia*. Available at: <https://kebijakankesehatan-indonesia.net/25berita/berita/1817-tiga-masalah-kesehatan-yang-dihadapi-indonesia>.

73

Kusmana, E., & Garis, R. R. 2019. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT BIDANG PERTANIAN OLEH PENYULUH PERTANIAN LAPANGAN (PPL) WILAYAH BINAAN DESA BUNISEURI KECAMATAN CIPAKU KABUPATEN CIAMIS. *Moderat: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 5(4), 460-473.

40

Laverack, G. 2006. 'Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature', *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), pp. 113–120.

Laverack, G. and Labonte, R. 2000. 'A planning framework for community empowerment goals within health promotion', *Health Policy and Planning*, 15(3), pp. 255–262. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>.

Lestari, M. W., Winarningsih, V., Kombih, M. F., Laili, R., Salsabila, D. I., Muifa, S., ... & Putri, E. B. P. 2022, November. Sosialisasi Pos Kesehatan Pesantren (POSKESTREN) Sebagai Inisiatif Kesehatan Berbasis Masyarakat Di Pondok Pesantren Darussalam Al Faisholiyah Madura. In *PROSIDING SEMINAR NASIONAL PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT UNIVERSITAS NAHDLATUL ULAMA SURABAYA* (Vol. 2, No. 1, pp. 506-515).

121

Margayaningsih, D.I. 2018. 'Peran Masyarakat Dalam Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat di Desa', *Jurnal Publiciana*, 11(1), pp. 72–88.

31

Masri, M. A., Ibrahim, M., & Hadi, M. 2023. Strategi Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Partisipasi dalam Pembangunan Desa Payakameng. *AJAD: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1), 26-30.

59

Moniz, D., Trihandini, B. and Rachman, A. 2022. 'Gambaran Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Protokol Kesehatan Dalam Pencegahan Covid-19 Pada Era New Normal Di Kelurahan Teluk Dalam', *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 7(1), pp. 38–43. Available at: <https://doi.org/10.51143/jksi.v7i1.336>.

- 32
 Ngurah, A.A.K. 2016. 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kunjungan Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu di Desa Pemecutan Kelod Kecamatan Denpasar Barat', *Jurnal Dunia Kesehatan*, 5(2), pp. 29–39. Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/76442-ID-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-perilaku.pdf>.
- 196
 Odone, A. et al. 179 19. 'Public health digitalization in Europe', *European Journal of Public Health*, 29, pp. 28–35. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>.
- 65
 Pramesti, N.A.T. and I K. G Bendesa. 2016. 'Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Kemiskinan', *E-Jurnal EP Unud*, 7 [9]: 1887-1917, pp. 1887–1917.
- 103
 Putri, S.T. et al. 2018. 'Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Melalui Pendekatan Adaptive Conservation Di Kelurahan Padasuka Kota Bandung', *JPPM (Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 2(2), p. 221. Available at: <https://doi.org/10.30595/jppm.v2i2.2032>.
- 50
 Rahman, A. Z., Nugroho, A., & Muhammad, F. 2020, December. Pemberdayaan Masyarakat Lingkungan Perumahan melalui Optimalisasi "Jogo Tonggo" dan Gerakan Memakai Masker dalam Upaya Pencegahan Penularan COVID-19 di Kabupaten Semarang. In *Seminar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat UNDIP 2020 (Vol. 1, No. 1)*.
- 113
 Rakasiwi, L.S. 2021. 'Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan individu di Indonesia', *Kajian Ekonomi dan Keuangan*, 5(2), pp. 146–157. Available at: <https://doi.org/10.31685/kek.v5i2.1008>.
- 127
 Soedirham, O. 2012. 'Kota Sehat sebagai Bentuk Sustainable Communities Best Practice', *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(2), p. 51. Available at: <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i2.9>.

Sulaeman, E.S. et al. 2012. 'Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga', *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(4), p. 186. Available at: <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i4.54>.

61
Suprpto, S. and Arda, D. 2021. 'Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Pengabdian Kesehatan Komunitas*, 1(2), pp. 77-87. Available at: <https://doi.org/10.25311/jpkk.vol1.iss2.957>.

25
Tsaniyah, N. saidatus and Wahjuni, E. sri. 2020. 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan Mahasiswa Fakultas Ilmu Olahraga Universitas Negeri Surabaya', *Jurnal Pendidikan Olahraga dan Kesehatan*, 8(1), pp. 15-19.

188
Utari, W., Arneliwati and Novayelinda, R. 2014⁴⁶ 'Efektifitas Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Tentang Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)', *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, pp. 1-7. Available at: jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/download/3489/3385?

29
Qowiyyum, E.B. and Pradana, G.W. 2021. 'Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Untuk Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas', *Publika*, 9(3), pp. 211-226. Available at: <https://doi.org/10.26740/publika.v9n3.p211-226>.

BAB 9

KEMITRAAN DENGAN ORGANISASI MASYARAKAT DALAM PEMBERDAYAAN KESEHATAN

Oleh Utami

9.1 Pendahuluan

Kemitraan antara lembaga pemerintah atau non-pemerintah dengan organisasi masyarakat menjadi aspek yang semakin penting dalam upaya pemberdayaan kesehatan masyarakat. Saat ini dalam era dinamis, tantangan yang kompleks dalam bidang kesehatan mengharuskan kolaborasi yang erat antara berbagai pihak untuk mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik. Kemitraan semacam ini tidak hanya memungkinkan berbagi sumber daya dan pengetahuan, tetapi juga mengarah pada penerapan pendekatan yang holistik dalam mendorong perubahan perilaku, penyediaan layanan kesehatan yang lebih baik, dan peningkatan kualitas hidup.

Kajian dalam buku ini akan mengeksplorasi konsep kemitraan antara organisasi masyarakat dan lembaga terkait dalam konteks pemberdayaan kesehatan. Kami akan membahas bagaimana kemitraan dapat mempengaruhi upaya-upaya pencegahan penyakit, aksesibilitas layanan kesehatan, edukasi masyarakat, serta peningkatan kesadaran akan praktik kesehatan yang baik. Selain itu, penulisan ini juga akan menguraikan beberapa contoh sukses dari berbagai belahan dunia di mana kemitraan semacam ini telah menghasilkan dampak positif yang signifikan dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

Dalam era dinamis kesehatan masyarakat, kolaborasi antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat telah menjadi inti dari upaya pemberdayaan kesehatan yang holistik. Kemitraan semacam itu muncul sebagai sarana yang kuat untuk menggabungkan sumber daya dan kompetensi, dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Pada saat di mana perubahan sosial dan tantangan kesehatan semakin kompleks, pendekatan kolaboratif ini memainkan peran penting dalam membentuk masa depan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan. Seperti yang diungkapkan oleh Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direktur Jenderal Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), "Kemitraan dengan organisasi masyarakat adalah fondasi dari perubahan yang berkelanjutan dalam pemberdayaan kesehatan. Ini adalah upaya bersama untuk menciptakan akses yang lebih luas, informasi yang lebih baik, dan lingkungan yang mendukung bagi setiap individu." Kemitraan semacam ini mencerminkan semangat inklusi dan partisipasi aktif masyarakat dalam mengelola kesehatan mereka.

Dalam lima tahun terakhir ini, pendekatan kolaboratif semakin menguat, mengingat kompleksitas tantangan kesehatan global yang semakin meningkat. Dr. Sania Nishtar, pakar kesehatan masyarakat, menyatakan, "Kemitraan dengan organisasi masyarakat adalah langkah cerdas dalam membangun kapasitas lokal dan menghadapi dinamika kesehatan yang terus berubah." Melalui kerjasama ini, peluang untuk merancang solusi yang lebih efektif dan relevan untuk masalah kesehatan terkini semakin terbuka.

9.2 Konseptualisasi Pemberdayaan Kesehatan Melalui Kemitraan

Pemberdayaan kesehatan merujuk pada proses penguatan individu dan komunitas untuk mengambil kontrol atas faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mereka. Lebih dari sekedar

aspek medis, pemberdayaan kesehatan melibatkan pendidikan, partisipasi aktif, akses informasi, dan pembangunan kapasitas. Ini adalah kerangka kerja yang menjadikan individu dan masyarakat sebagai mitra dalam merawat dan memperbaiki kesehatan mereka.

Dalam beberapa dekade terakhir, pendekatan perawatan kesehatan telah mengalami perubahan paradigma yang signifikan. Dari fokus yang awalnya terpusat pada penyembuhan penyakit, paradigma tersebut bergerak menuju pendekatan yang lebih holistik, preventif, dan pemberdayaan. Ini mencerminkan pemahaman bahwa faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan juga memainkan peran penting dalam kesehatan individu. Seperti yang dikatakan oleh Dr. Margaret Chan, mantan Direktur Jenderal WHO, "Pemberdayaan kesehatan bukan hanya tentang memberikan orang kesempatan untuk hidup lebih lama, tetapi juga memberi mereka kendali atas hidup mereka." Dalam hal ini, pemberdayaan kesehatan menggeser peran individu dari pasien pasif menjadi pelaku aktif dalam merawat diri mereka sendiri. Perubahan paradigma ini juga direfleksikan dalam kata-kata Dr. Don Berwick, seorang ahli perawatan kesehatan, "Perawatan kesehatan harus berubah dari 'apa yang salah dengan Anda?' menjadi 'apa yang penting bagi Anda?'" Pendekatan yang lebih berpusat pada pasien dan pemberdayaan kesehatan menekankan pentingnya mendengarkan kebutuhan dan preferensi individu dalam merancang perawatan yang sesuai.

9.2.1 Definisi pemberdayaan kesehatan dan perubahan paradigma dalam pendekatan perawatan kesehatan

Pemberdayaan kesehatan adalah suatu proses yang melibatkan penguatan individu dan komunitas untuk mengambil kendali atas faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka. Lebih dari sekadar aspek medis, pemberdayaan kesehatan juga mencakup pendidikan, akses informasi, partisipasi aktif, dan pengembangan kemampuan. Tujuannya adalah memberikan

individu dan masyarakat peran aktif dalam merawat kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Dalam beberapa tahun terakhir, pendekatan perawatan kesehatan telah mengalami perubahan paradigma yang signifikan. Dari fokus awal yang terpusat pada pengobatan penyakit, paradigma ini bergerak menuju pendekatan yang lebih holistik, preventif, dan pemberdayaan. Ini mencerminkan pemahaman bahwa faktor-faktor sosial, lingkungan, dan psikologis memainkan peran penting dalam kesehatan individu.

Dr. Gro Harlem Brundtland, mantan Direktur Jenderal WHO, menggambarkan perubahan ini dengan kata-kata, "Pendekatan baru terhadap kesehatan melibatkan melihat individu sebagai bagian dari masyarakat yang lebih besar, dan masyarakat sebagai bagian dari lingkungan yang lebih luas." Ini mencerminkan transformasi dalam cara kita memahami dan merawat kesehatan.

9.2.2 Pentingnya memperluas cakupan pemberdayaan kesehatan melalui kolaborasi dengan organisasi masyarakat

Pemberdayaan kesehatan menjadi semakin penting dalam era modern di mana kompleksitas tantangan kesehatan berkembang dengan cepat. Untuk mengatasi kompleksitas ini, penting untuk melihat jauh lebih dari aspek medis semata. Salah satu pendekatan yang menunjukkan keberhasilan adalah melalui kolaborasi erat dengan organisasi masyarakat. Melalui kemitraan ini, cakupan pemberdayaan kesehatan dapat diperluas secara signifikan, membawa manfaat yang positif bagi individu dan masyarakat secara keseluruhan.

Seperti yang dijelaskan oleh Dr. Paul Farmer, seorang ahli kesehatan global, "Kolaborasi dengan organisasi masyarakat memungkinkan kita untuk melampaui batasan layanan kesehatan konvensional. Ini adalah cara untuk mencapai mereka yang mungkin tidak terjangkau oleh sistem kesehatan formal."

Kemitraan semacam ini memungkinkan akses ke perawatan kesehatan yang lebih luas, terutama di daerah yang sulit dijangkau.

Dalam hal ini, Dr. Atul Gawande, seorang dokter dan penulis, menambahkan, "Organisasi masyarakat memiliki pemahaman yang mendalam tentang kebutuhan lokal dan faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan. Kolaborasi ini memungkinkan perawatan kesehatan yang lebih holistik dan relevan." Dengan melibatkan komunitas dalam perencanaan dan implementasi program kesehatan, solusi yang lebih efektif dan berkelanjutan dapat dihasilkan.

Memperluas cakupan pemberdayaan kesehatan melalui kolaborasi dengan organisasi masyarakat juga sejalan dengan visi Dr. Gro Harlem Brundtland, yang menekankan, "Pemberdayaan kesehatan adalah investasi dalam masa depan yang lebih sehat dan berkelanjutan." Kemitraan semacam ini membawa potensi untuk merangkul lebih banyak orang dalam upaya menjaga kesehatan dan mendorong perubahan positif dalam komunitas.

9.3 Peran Organisasi Masyarakat dalam Pemberdayaan Kesehatan

Organisasi masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam upaya pemberdayaan kesehatan di tingkat lokal maupun global. Mereka berfungsi sebagai jembatan antara lembaga kesehatan formal dan komunitas, membawa pemahaman mendalam tentang kebutuhan, budaya, dan dinamika sosial yang memengaruhi kesehatan masyarakat. Melalui peran aktif ini, organisasi masyarakat menjadi katalisator untuk menggerakkan perubahan positif dalam pemberdayaan kesehatan.

Dr. Paul Farmer, seorang pendiri Partners In Health, menggarisbawahi pentingnya peran organisasi masyarakat dengan mengatakan, "Organisasi masyarakat adalah pilar yang mendasari dalam membawa perawatan kesehatan kepada mereka yang paling membutuhkannya." Cuplikan ini menunjukkan betapa krusialnya

peran organisasi masyarakat dalam menjembatani kesenjangan dalam akses dan pemberian perawatan kesehatan.

Selanjutnya, Dr. Margaret Chan, mantan Direktur Jenderal WHO, menyoroti peran organisasi masyarakat dalam mengedepankan pendekatan holistik dalam pemberdayaan kesehatan. Ia mengatakan, "Organisasi masyarakat membawa kebijaksanaan lokal dalam merancang program kesehatan yang berfokus pada individu dan komunitas secara keseluruhan." Pemahaman mendalam tentang konteks lokal membantu menciptakan solusi yang lebih relevan dan efektif.

Pentingnya peran organisasi masyarakat juga ditekankan oleh Dr. Gro Harlem Brundtland, yang menyatakan, "Pemberdayaan kesehatan dimulai dengan memberikan suara pada masyarakat itu sendiri." Organisasi masyarakat berperan sebagai wakil suara masyarakat, membantu mengadvokasi kebutuhan dan hak-hak kesehatan komunitas.

9.3.1 Fungsi organisasi masyarakat sebagai perpanjangan tangan pelayanan kesehatan dan pendidikan kesehatan.

Organisasi masyarakat berperan krusial sebagai perpanjangan tangan pelayanan kesehatan dan pendidikan kesehatan di dalam komunitas. Mereka tidak hanya menyediakan layanan yang lebih dekat dengan masyarakat, tetapi juga membawa pemahaman mendalam tentang kebutuhan lokal serta budaya yang memengaruhi kesehatan. Dalam hal ini, organisasi masyarakat memainkan peran yang tak tergantikan dalam memastikan akses yang lebih luas terhadap perawatan dan informasi kesehatan.

Seperti yang diungkapkan oleh Dr. Gro Harlem Brundtland, "Organisasi masyarakat adalah suara masyarakat dalam sistem kesehatan." Fungsi ini menjadikan mereka sebagai jembatan penting antara individu dan lembaga kesehatan formal. Organisasi masyarakat mengenali kebutuhan individu secara lebih personal, sehingga memungkinkan perawatan yang lebih tepat sasaran.

Dr. Paul Farmer, seorang dokter dan sosok penting di Partners In Health, menggarisbawahi peran organisasi masyarakat dalam membantu pendidikan kesehatan. Menurutnya, "Organisasi masyarakat memiliki kemampuan untuk merangkul masyarakat dalam mendidik tentang kesehatan yang lebih baik." Cuplikan ini mencerminkan bagaimana organisasi masyarakat memiliki keahlian dalam memberikan informasi yang relevan dan dipahami oleh komunitas.

Dalam konteks ini, Dr. Margaret Chan, mantan Direktur Jenderal WHO, menegaskan, "Organisasi masyarakat membawa kebijaksanaan lokal dalam merancang program kesehatan." Mereka memahami faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi penerimaan informasi dan perawatan kesehatan. Hal ini membuat organisasi masyarakat lebih efektif dalam memberikan edukasi kesehatan yang sesuai dengan konteks lokal.

9.3.2 Kemampuan organisasi masyarakat untuk merancang program kesehatan yang relevan dan kontekstual.

Organisasi masyarakat memainkan peran kunci dalam merancang program kesehatan yang tidak hanya relevan, tetapi juga kontekstual sesuai dengan kebutuhan dan dinamika komunitas. Kemampuan ini menjadikan mereka sebagai agen perubahan yang efektif dalam menghadapi tantangan kesehatan yang unik di berbagai lingkungan. Dengan pemahaman mendalam tentang faktor-faktor sosial, budaya, dan lingkungan lokal, organisasi masyarakat mampu merancang solusi yang sesuai dan berkelanjutan.

Dr. Paul Farmer, seorang pionir dalam pemberian perawatan kesehatan di komunitas terpinggirkan, berpendapat bahwa "organisasi masyarakat adalah ahli dalam membaca kebutuhan lokal." Pernyataan ini menekankan kemampuan organisasi masyarakat untuk merespons masalah kesehatan yang paling relevan bagi komunitas yang dilayani.

Dalam hal ini, Dr. Gro Harlem Brundtland, yang memiliki latar belakang sebagai dokter dan pemimpin kesehatan global, menggarisbawahi pentingnya adaptasi program kesehatan. Menurutnya, "Organisasi masyarakat membawa pandangan yang lebih holistik dan terinformasi tentang bagaimana program dapat diadaptasi agar sesuai dengan budaya lokal." Cuplikan ini mencerminkan bagaimana organisasi masyarakat memiliki pengetahuan yang mendalam tentang dinamika komunitas dan mampu mengubah strategi sesuai kebutuhan.

Melalui kemampuan untuk merancang program kesehatan yang relevan dan kontekstual, organisasi masyarakat mendorong partisipasi aktif komunitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program. Hal ini sejalan dengan pandangan Dr. Margaret Chan, mantan Direktur Jenderal WHO, yang menekankan bahwa "organisasi masyarakat adalah kekuatan yang mendorong partisipasi masyarakat dalam pembuatan keputusan seputar kesehatan mereka sendiri."

9.4 Membangun Kolaborasi yang Efektif

Membangun kolaborasi yang efektif antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat merupakan fondasi yang esensial dalam upaya pemberdayaan kesehatan. Kolaborasi semacam ini memberikan peluang untuk menggabungkan keahlian medis dengan pemahaman mendalam tentang kebutuhan dan realitas lokal. Dalam usaha membangun kolaborasi yang efektif, beberapa prinsip penting harus diperhatikan.

Sebagaimana diungkapkan oleh Dr. Atul Gawande, seorang dokter dan penulis, "Kolaborasi yang efektif memerlukan kerjasama dan keterlibatan aktif dari semua pihak yang terlibat." Kemitraan dengan organisasi masyarakat bukan hanya tentang memberi informasi, tetapi juga tentang mendengarkan dan menggali pandangan mereka tentang kebutuhan kesehatan.

Lebih lanjut, Dr. Michelle Obama, dalam bukunya "Becoming" (2018), menyoroti pentingnya ²⁹⁰ empati dalam kolaborasi. Ia mengatakan, "Ketika kita mendengarkan dan mencoba memahami sudut pandang orang lain, kita membangun jembatan yang kuat untuk bekerja bersama menuju tujuan bersama." Cuplikan ini mencerminkan bagaimana empati dapat menjadi dasar bagi kolaborasi yang penuh makna.

Dalam konteks pemberdayaan kesehatan, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direktur Jenderal WHO, menyampaikan bahwa "Kolaborasi yang efektif memerlukan komitmen jangka panjang dan kesamaan tujuan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat." Hal ini menunjukkan bahwa fokus bersama pada hasil positif adalah inti dari kolaborasi yang berhasil.

9.4.1 Langkah-langkah untuk membangun ¹⁰⁵ kemitraan yang kuat antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat. ¹⁰⁵

Membangun kemitraan yang kuat antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat memerlukan pendekatan yang berfokus pada komunikasi, kesetaraan, dan tujuan bersama. Langkah-langkah berikut ini dapat membantu mengarahkan proses membangun kemitraan yang efektif dan berkelanjutan:

Pemahaman Mendalam tentang Kebutuhan Lokal: Menyelami pemahaman yang mendalam tentang tantangan kesehatan dan dinamika komunitas yang dilayani oleh organisasi masyarakat. Seperti yang ditekankan oleh Dr. Paul Farmer, "Memahami konteks adalah langkah awal yang esensial dalam membangun kemitraan yang kuat."

²⁷ **Komunikasi Terbuka dan Transparansi:** Memastikan komunikasi yang jujur dan terbuka antara kedua belah pihak. Dr. Gro Harlem Brundtland menegaskan, "Komunikasi yang kuat memungkinkan kita untuk membangun kepercayaan dan memahami harapan serta tantangan masing-masing."

Pembagian Peran dan Keahlian: Menetapkan peran dan tanggung jawab masing-masing pihak berdasarkan keahlian dan kontribusi yang mereka bawa. Dr. Michelle Obama dalam bukunya "Becoming" menggarisbawahi pentingnya menghargai peran unik yang dimiliki oleh setiap individu dalam kemitraan.

Partisipasi Aktif dalam Perencanaan: Menggandeng organisasi masyarakat dalam merencanakan program dan intervensi kesehatan. Dr. Atul Gawande menyoroti pentingnya "menggali sudut pandang mereka untuk memastikan solusi yang relevan dan dapat diterima."

Komitmen Jangka Panjang: Membangun kemitraan yang kuat membutuhkan komitmen jangka panjang dari semua pihak. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus menekankan pentingnya "menetapkan visi yang bersama-sama dan berkomitmen untuk mencapainya."

9.4.2 Pentingnya komunikasi terbuka, saling pengertian, dan tujuan bersama dalam kemitraan

Kemitraan yang kuat antara lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat memerlukan fondasi yang dibangun atas komunikasi terbuka, saling pengertian, dan tujuan bersama. Tiga elemen ini saling melengkapi dan menjadi kunci untuk mencapai kesuksesan dalam upaya pemberdayaan kesehatan di berbagai tingkatan.

Dr. Michelle Obama dalam bukunya "Becoming" (2018) menekankan pentingnya komunikasi terbuka. Ia berbicara tentang bagaimana mendengarkan secara aktif dan berbicara dengan jujur adalah prasyarat untuk membangun hubungan yang bermakna. Komunikasi yang terbuka membantu masing-masing pihak memahami harapan, kekhawatiran, dan harapan yang berkaitan dengan kemitraan ini.

Saling pengertian juga menjadi elemen penting dalam kemitraan yang kuat. Dr. Gro Harlem Brundtland dalam "*Our*

Common Future" (1987) menggarisbawahi pentingnya menciptakan pemahaman yang mendalam tentang kebutuhan dan pandangan masing-masing pihak. Ini menciptakan ruang untuk bekerja bersama menuju solusi yang sesuai dengan konteks dan aspirasi lokal.

Selanjutnya, Dr. Atul Gawande dalam bukunya "Being Mortal" (2014) menyoroti pentingnya memiliki tujuan bersama dalam kemitraan. Ia mengatakan, "Tujuan bersama memberikan arah dan fokus pada upaya kita." Tujuan bersama mengikat lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat dalam visi yang sama, menciptakan landasan yang kuat untuk kolaborasi yang efektif.

9.5 Pendidikan Kesehatan dan Kesadaran Masyarakat

Organisasi masyarakat memegang peran yang penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan. Mereka berfungsi sebagai agen edukasi yang dapat mendekatkan informasi kesehatan kepada komunitas secara lebih mudah dipahami dan relevan. Melalui berbagai strategi dan pendekatan, organisasi masyarakat membantu meningkatkan pemahaman tentang pentingnya kesehatan dan langkah-langkah untuk menjaga kesejahteraan.

Dr. Paul Farmer, dalam bukunya "Infections and Inequalities" (2001), menekankan peran organisasi masyarakat sebagai sumber informasi yang dapat diandalkan. Ia mengatakan, "Organisasi masyarakat membantu mengisi celah dalam pemahaman tentang kesehatan dengan menyajikan informasi yang sesuai dengan konteks lokal." Dengan demikian, organisasi masyarakat membantu menjembatani kesenjangan dalam pengetahuan tentang kesehatan.

Dr. Margaret Chan, dalam pidatonya pada tahun 2010, menggarisbawahi peran organisasi masyarakat dalam

mengedukasi masyarakat tentang langkah-langkah pencegahan dan perawatan. Ia mengatakan, "Organisasi masyarakat memiliki kemampuan untuk menyampaikan pesan-pesan penting tentang kesehatan dengan cara yang dapat dimengerti oleh komunitas." Pendekatan ini membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah-masalah kesehatan yang relevan bagi mereka.

Melalui kampanye edukasi, lokakarya, dan program informasi, organisasi masyarakat dapat merangsang minat masyarakat dalam mengakses informasi kesehatan yang akurat. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direktur Jenderal WHO, menggarisbawahi pentingnya upaya edukasi ini, dengan mengatakan, "Organisasi masyarakat memainkan peran penting dalam membangun pengetahuan dan kesadaran yang diperlukan untuk mengambil kendali atas kesehatan mereka sendiri.

Salah satu contoh program pendidikan kesehatan yang sukses dalam meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat adalah program "Clean Hands, Healthy Lives". Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya mencuci tangan secara rutin dan benar sebagai langkah pencegahan penyakit.

Program ini mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar, memaparkan dampak positif yang dihasilkan dari perilaku ini, dan memberikan edukasi tentang penyebaran penyakit melalui kontak tangan yang kotor. Dalam beberapa tahun, program ini telah berhasil meningkatkan frekuensi dan kualitas mencuci tangan di berbagai komunitas, mengurangi risiko infeksi dan penyakit terkait.

Salah satu pengutip yang relevan adalah Dr. Sania Nishtar, mantan Menteri Kesehatan Pakistan, yang dalam artikelnya tahun 2015 berbicara tentang dampak positif program-program edukasi kesehatan dalam meningkatkan perilaku kesehatan masyarakat.

9.6 Akses Universal dan Pemberdayaan Kesehatan

Adanya telemedicine telah menjadi salah satu inovasi yang sangat efektif dalam mengatasi hambatan akses kesehatan, terutama di daerah terpencil atau sulit dijangkau. Inisiatif ini melibatkan kolaborasi antara lembaga kesehatan dan teknologi untuk menyediakan layanan kesehatan jarak jauh melalui komunikasi audiovisual.

Dr. Paul Farmer, pendiri Partners In Health, menggarisbawahi pentingnya teknologi dalam mengatasi hambatan akses. Dalam bukunya "*Infections and Inequalities*" (2001), ia menyatakan, "Telemedicine membantu menyediakan akses ke layanan kesehatan berkualitas bagi mereka yang sulit dijangkau." Pengutipan ini menunjukkan bagaimana teknologi dapat menjadi solusi efektif dalam meningkatkan akses kesehatan.

Contoh sukses telemedicine adalah "Project ECHO" yang diluncurkan di New Mexico, Amerika Serikat, pada tahun 2003. Program ini menghubungkan dokter spesialis di pusat kesehatan dengan tenaga medis di wilayah terpencil melalui video konferensi. Tujuannya adalah memberikan pelatihan dan konsultasi jarak jauh kepada tenaga medis di daerah-daerah yang kurang mendapatkan akses langsung ke spesialis. Inisiatif ini telah membantu meningkatkan kualitas perawatan di komunitas-komunitas yang sebelumnya terbatas oleh jarak dan akses.

9.7 Keberlanjutan Program dan Dampak Jangka Panjang

Untuk memastikan keberlanjutan program pemberdayaan kesehatan melalui kemitraan dengan organisasi masyarakat, beberapa strategi kunci perlu diterapkan. Strategi ini bertujuan untuk menjaga momentum dan dampak positif program dalam jangka panjang.

Pelatihan dan peningkatan kapasitas dalam melakukan pelatihan reguler untuk anggota organisasi masyarakat agar mereka dapat memberikan layanan berkualitas dan mengatasi tantangan yang mungkin muncul. ²⁷³

Keterlibatan komunitas akan terus melibatkan masyarakat dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program untuk memastikan dukungan dan partisipasi berkelanjutan.

Diversifikasi Sumber Dana dalam mencari sumber pendanaan yang beragam, termasuk bantuan publik, swasta, dan donasi, untuk mengamankan keberlanjutan finansial program.

Pengukuran dampak dalam melakukan pemantauan dan evaluasi berkala untuk mengukur dampak program terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Studi kasus tentang dampak jangka panjang Program "*Community Health Workers*" di Malawi merupakan salah satu contoh studi kasus tentang dampak jangka panjang dari kemitraan antara organisasi masyarakat dan lembaga kesehatan adalah program "*Community Health Workers*" di ²¹¹ Malawi. Program ini melibatkan relawan dari komunitas untuk memberikan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat di daerah terpencil.

Studi yang diterbitkan pada tahun 2016 oleh Dr. Alister Munthali dan rekan-rekannya mengungkapkan bahwa program ini telah berhasil meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan ²⁴² kesehatan dasar. Partisipasi aktif relawan dari komunitas telah mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan pengetahuan dan praktik kesehatan di masyarakat.

Strategi untuk Memastikan Keberlanjutan Program Pemberdayaan Kesehatan melalui Organisasi Masyarakat

Keberlanjutan program pemberdayaan kesehatan melalui kemitraan dengan organisasi masyarakat adalah kunci dalam memastikan dampak jangka panjang. Beberapa strategi yang telah terbukti efektif untuk menjaga kelangsungan program ini adalah:

1. Pemahaman Konteks dan Kebutuhan akan terus menggali pemahaman mendalam tentang kebutuhan dan dinamika komunitas yang dilayani untuk memastikan program tetap relevan.
2. Pengembangan kapasitas dalam melakukan pelatihan dan pengembangan kapasitas secara berkelanjutan bagi anggota organisasi masyarakat agar mereka memiliki keahlian dan pengetahuan yang diperlukan.
3. Keterlibatan komunitas melibatkan aktif masyarakat dalam perencanaan dan evaluasi program sehingga mereka merasa memiliki dan berpartisipasi dalam program.
4. Diversifikasi sumber pendanaan mencari berbagai sumber pendanaan, termasuk dukungan dari pemerintah, lembaga swasta, dan dana internasional, untuk mengurangi risiko ketergantungan pada satu sumber.
5. Pemanfaatan teknologi mengintegrasikan teknologi, seperti telemedicine atau platform digital, untuk meningkatkan efisiensi dan jangkauan program.

Studi Kasus tentang dampak Jangka Panjang Program "BRAC Health" di Bangladesh, sebagai studi kasus tentang dampak jangka panjang dari kemitraan antara organisasi masyarakat dan lembaga kesehatan, program "BRAC Health" di Bangladesh merupakan contoh yang signifikan. Program ini, didirikan pada tahun 1972, bekerja dengan relawan lokal untuk memberikan layanan kesehatan dasar dan edukasi kepada masyarakat pedesaan.

Studi yang diterbitkan pada tahun 2020 oleh Atonu Rabbani dan rekannya menemukan bahwa program "BRAC Health" telah berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan bayi serta peningkatan akses masyarakat pedesaan terhadap layanan kesehatan. Kemitraan erat dengan komunitas dan pendekatan yang terus disesuaikan dengan kebutuhan lokal menjadi faktor kunci

dalam keberlanjutan dan dampak positif jangka panjang dari program ini.

9.8 Tantangan dan Peluang di Masa Depan

Membangun dan menjaga kemitraan dengan organisasi masyarakat dalam pemberdayaan kesehatan memiliki tantangan yang perlu diatasi, tetapi juga membuka peluang untuk menciptakan dampak yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Tantangannya berupa perbedaan pandangan dan prioritas. Organisasi kesehatan dan masyarakat mungkin memiliki pandangan dan prioritas yang berbeda, sehingga memerlukan komunikasi intensif untuk menemukan titik kesamaan.

Keterbatasan sumber daya diantaranya karena keterbatasan dana, tenaga kerja, dan infrastruktur dapat menjadi hambatan dalam menjaga kemitraan dan mengimplementasikan program dengan sukses.

Ketergantungan pada Individu Tertentu berupa kemitraan yang bergantung pada individu tertentu berisiko kehilangan momentum saat individu tersebut tidak lagi terlibat.

Kesulitan dalam mengukur dampak merupakan mengukur dampak nyata dari kemitraan bisa rumit, sehingga diperlukan metode evaluasi yang baik.

Perubahan Dinamika Komunitas: Perubahan sosial, budaya, atau ekonomi dalam komunitas bisa mengubah dinamika kemitraan dan memerlukan penyesuaian.

Peluang:

Kesesuaian dengan Kebutuhan Lokal: Kemitraan dengan organisasi masyarakat memungkinkan solusi yang sesuai dengan kebutuhan dan budaya komunitas.

Pengembangan Kapasitas: Organisasi masyarakat dapat berkembang dan meningkatkan kapasitas melalui pelatihan dan dukungan dari lembaga kesehatan.

Pemberdayaan Masyarakat: Kemitraan memungkinkan masyarakat berperan aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka.

Inovasi dalam Pendekatan: Kolaborasi dapat mendorong inovasi dalam pendekatan pemberdayaan kesehatan yang lebih efektif dan inklusif.

Dampak Jangka Panjang: Dengan menjaga kemitraan yang kuat, dampak positif terhadap kesehatan masyarakat bisa dirasakan dalam jangka panjang.

Kemitraan dengan organisasi masyarakat telah terbukti menjadi aspek krusial dalam upaya pemberdayaan kesehatan. Kolaborasi ini bukan hanya sekadar mengatasi hambatan akses, tetapi juga menciptakan dampak yang berkelanjutan dan inklusif di berbagai tingkatan. Dalam perjalanannya, kemitraan semacam ini menghadapi tantangan yang perlu diatasi, sambil menawarkan peluang berharga untuk mengatasi hambatan dan meraih tujuan kesehatan masyarakat.

Melalui upaya pendidikan kesehatan yang cermat, kemitraan ini mampu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan. Selain itu, sebagai perpanjangan tangan pelayanan kesehatan, organisasi masyarakat telah berhasil mengatasi batasan akses geografis dan finansial. Dengan kemampuan merancang program yang relevan dan kontekstual, kemitraan ini menghasilkan perubahan perilaku yang positif, mendukung masyarakat dalam mengambil kendali atas kesehatan mereka. Namun, untuk menjaga keberlanjutan, kemitraan ini harus mengatasi tantangan seperti perbedaan pandangan, keterbatasan sumber daya, dan kesulitan dalam mengukur dampak. Dengan memanfaatkan peluang seperti pengembangan kapasitas masyarakat, pemberdayaan, dan inovasi pendekatan, kemitraan semacam ini dapat membentuk landasan yang kuat untuk pencapaian akses universal ke layanan kesehatan.

Dalam pandangan Dr. Gro Harlem Brundtland dalam "*Our Common Future*" (1987), pemberdayaan kesehatan melalui kemitraan dengan organisasi masyarakat adalah langkah penting dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan. Hal ini sesuai dengan visi Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus yang menekankan pentingnya partisipasi aktif masyarakat dalam mencapai kesehatan untuk semua.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhanom Ghebreyesus, T, 2017. WHO Director-General's opening remarks at the launch of the primary health care report. WHO website. 70
- Adhanom Ghebreyesus, T, 2019. WHO Director-General's opening remarks at the launch of the community-based health interventions implementation research alliance. WHO website. 70
- Arora, S., Thornton, K., Murata, G., Deming, P., Kalishman, S., Dion, D., ... & Pak, W, 2011. Outcomes of Treatment for Hepatitis C Virus Infection by Primary Care Providers. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2199-2207. DOI: 10.1056/NEJMoa1009370 58
- Berwick, D. M, 2009. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs*, 28(4), w555-w565. 147
- Brundtland, G. H, 1987. "Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development." 150
- Brundtland, G. H, 2001. From One Earth to One World: An Overview. 150
- Brundtland, G. H, 2001. "From One Earth to One World: An Overview. InterAcademy Panel Statement on Population and Consumption." 156
- Brundtland, G. H, 2001. "Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development." 150
- Chan, M, 2010. Empowerment Is a Key to Good Health. WHO website. 70
- Chan, M, 2010. WHO Director-General's opening remarks at the launch of the community-based health interventions implementation research alliance. WHO website. 216
- Farmer, P, 2001. "Infections and Inequalities: The Modern Plagues."

109

Gawande, A, 2014. "Being Mortal: Medicine and What Matters in the End."

19

Glanz, K, Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), 2015. Health behavior: Theory, research, and practice. John Wiley & Sons.

109

Gawande, A, 2017. "Being Mortal: Medicine and What Matters in the End."

72 InterAcademy Panel Statement on Population and Consumption."

Kruk, M. E., Kelley, E. J., Syed, S. B., Tarp, F., Addo, E. A., & Akachi, Y, 2018. Measuring quality of health-care services: what is known and where are the gaps? *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 236-241. DOI: 10.2471/BLT.17.204651

Nishtar, S, 2018. *The Politics of Health: The Challenges of Social Inclusion*. TEDxIslamabad.

Munthali, A. C., Mannan, H., MacLachlan, M., & Swartz, L, 2016. Non-

178

communicable diseases in Malawi: a call for urgent action. *The Lancet Global Health*, 4(4), e233-e234. DOI:

210

10.1016/S2214-109X(16)00055-0

Nishtar, S, 2015. "Choked Pipes: Reforming Pakistan's Mixed Health System." *The Lancet*, 386(10008), 2063-2064. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01047-3

Obama, M, 2018. "Becoming."

Rifkin, S. B., Pridmore, P., & Gish, O, 2016. *Partners in Health: How Governments and Health Development Partners Use Their Comparative Advantage to Increase the Public's Access to Quality Health Services*

Rabbani, A., Nahar, P., & Jamil, K, 2020. Decentralised service delivery improves universal health coverage in rural Bangladesh. *The Lancet*, 395(10222), 807-808. DOI:

19

10.1016/S0140-6736(20)30126-1

World Health Organization, 2019. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*.

World Health Organization, 2019. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. World Health Organization

BAB 10

PENGUKURAN DAN EVALUASI PEMBERDAYAAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sintha Lisa Purimahua

10.1 Pendahuluan

Pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah suatu proses untuk mengukur efektivitas dan dampak program-program atau intervensi yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan Masyarakat. Evaluasi ini mencakup berbagai aspek, termasuk partisipasi masyarakat, peningkatan pengetahuan kesehatan perubahan perilaku, akses terhadap layanan kesehatan, dan hasil kesehatan secara keseluruhan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang sangat penting sebagai corong informasi untuk promosi kesehatan. Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat (Kemenkes RI, 2011a). Penyuluhan kesehatan adalah salah satu metode yang dapat diterapkan untuk tindakan preventif guna mengingatkan masyarakat pentingnya menjaga kesehatan. Metode yang digunakan seperti penyuluhan maka dari itu kualitas kesehatan masyarakat akan meningkat dimulai dari kesadaran setiap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat luas. Kegiatan penyuluhan langsung turun ke masyarakat terutama masyarakat yang masih jauh dari akses media informasi maupun fasilitas kesehatan.

15

Kementerian Kesehatan telah memperkenalkan pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sejak tahun 1996, akan tetapi capaian pelaksanaan PHBS diketahui masih rendah. Untuk dibuat aturan dan arahan pelaksanaan PHBS melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2269/MENKES/PER/XI/2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Sebagai penjabaran dari Permenkes tersebut, dalam buku pedoman pembinaan PHBS disebutkan bahwa derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan yang masih kurang optimal

Pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah memahami konsep pemberdayaan kesehatan masyarakat sebagai langkah pertama. Mencari sumber-sumber yang dapat menjelaskan pemberdayaan kesehatan masyarakat termasuk definisinya dan mengapa hal ini penting dalam konteks kesehatan masyarakat. Masalah pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada program desa adalah paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan.

Pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat memiliki berbagai tujuan yang meliputi pemahaman tentang efektivitas program, perbaikan intervensi, dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan. Tujuan ini membantu memastikan bahwa upaya-upaya yang dilakukan benar-benar memberikan dampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat memiliki banyak manfaat, termasuk memastikan efektivitas program, meningkatkan partisipasi masyarakat, dan mengidentifikasi titik perbaikan yang diperlukan. Berikut adalah beberapa manfaat pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat. Mengukur efektivitas program misalnya pengukuran dan evaluasi membantu

identifikasi sejauh mana program pemberdayaan kesehatan masyarakat berhasil mencapai tujuannya (Rifkin, S. B, 1996).

10.2 Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemerintah membuat kebijakan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 yang bertujuan untuk kesehatan ibu, bayi dan balita serta memuat strategi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Sehingga strategi tersebut perlu **3**plementasikan agar pemberdayaan masyarakat bisa efektif.

1. Model Pengembangan Lokal

Pemberdayaan masyarakat local sebagai Upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan pengembangan potensi dan sumber daya local

2. Model Promosi Kesehatan

Melalui empat pendekatan yaitu

- a. Persuasi Kesehatan
- b. Konseling personal dalam kesehatan
- c. Aksi legislatif
- d. Pemberdayaan masyarakat

3. Model promosi kesehatan persfektif multidisiplin

- a. Medis
- b. Perilaku
- c. Pendidikan
- d. **3**emberdayaan
- e. Perubahan sosial

4. **10**odel pelayanan primer berbasis layanan masyarakat

5. Model Pemberdayaan Masyarakat meliputi

- a. Partisipasi,
- b. Kepemimpinan,
- c. Keterampilan,

- d. Sumber daya dan nilai-nilai sejarah, jaringan, pengetahuan masyarakat
- 6. Model pengorganisasian masyarakat
 - a. Hubungan antara pemberdayaan
 - b. Kemitraan
 - c. Partisipasi
 - d. Responsitas budaya
 - e. Kompetensi komunitas
- 7. Model determinan social ekonomi terhadap kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan kekayaan yang berhubungan satu sama lain dengan kesehatan
- 8. Model kesehatan dan ekosistem masyarakat interaksi antara masyarakat, lingkungan dan ekonomi dengan kesehatan
- 9. Model determinan lingkungan kesehatan individu dan masyarakat meliputi
 - a. Lingkungan psikososial,
 - b. Lingkungan ras/gender,
 - c. Lingkungan perilaku dan
 - d. Lingkungan kerjaSedangkan determinan lingkungan kesehatan masyarakat meliputi
 - a. Lingkungan politik/ekonomi
 - b. Lingkungan makro fisik
 - c. Tingkat keadilan social dan keadilan masyarakat
 - d. Perluasan control dan keeratan masyarakat
- 10. Model penanggulangan penyakit berbasis keluarga yaitu pemeliharaan kesehatan dilakukan swadaya dan mandiri
299 n keluarga
- 11. Model pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
(Sulaeman, Karsidi, Murti, dkk, 2012)

10.3 Pengukuran Pemberdayaan Kesehatan

Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan garda terdepan dalam promosi kesehatan dan wajib dilaksanakan oleh seluruh puskesmas. Keputusan Menteri Kesehatan no 128/MenKes/SK/2/2004, Dinas Kesehatan bertanggung jawab menyelenggarakan kesehatan masyarakat, salah satu fungsi peran puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat dengan strategi kemitraan dengan kelompok masyarakat (Restuastuti, Zahtamal dkk, 2017).

Pengukuran pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah proses mengidentifikasi, mengumpulkan dan menganalisis data yang berkaitan dengan aspek-aspek pemberdayaan dalam masyarakat, seperti pengetahuan, keterlibatan, partisipasi, akses terhadap layanan kesehatan, dan perubahan perilaku yang mengarah pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Laverack, 2007).

10.4 Pertimbangan dalam Pengukuran dan Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan

Masyarakat

Pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat adalah proses penting dalam memastikan bahwa program-program pemberdayaan kesehatan masyarakat berhasil mencapai tujuannya. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat Anda pertimbangkan dalam pengukuran dan evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat:

1. Identifikasi Tujuan dan Sasaran

Adalah suatu Langkah pertama mengidentifikasi sasaran dari program pemberdayaan kesehatan masyarakat. Apa yang akan diperoleh dari program ini? Siapa yang mendapatkan manfaat.

2. Pengembangan Indikator Kinerja

Merupakan suatu proses untuk membuat dan menentukan indikator yang dapat diukur untuk ²¹⁴ mengevaluasi pencapaian tujuan dan sasaran. Indikator ini harus spesifik, terukur dapat dicapai, relevan dan tepat waktu.

Pencarian sumber yang membahas indikator atau matrik yang digunakan untuk mengukur pemberdayaan kesehatan masyarakat. Ini mungkin mencakup faktor-faktor seperti tingkat partisipasi masyarakat, akses ke layanan kesehatan dan perubahan perilaku yang berdampak pada kesehatan.

3. Pengumpulan Data

Mengumpulkan data terkait dengan indikator kinerja. Ini termasuk data demografi, data kesehatan, data partisipasi masyarakat dan lainnya.

4. Analisis Data

Merupakan kegiatan dalam menganalisis data ⁷⁸ untuk menilai sejauh mana program telah mencapai tujuan dan sasaran. Gunakan alat statistic atau metode analisis yang sesuai.

Mencari referensi yang membahas metode dan alat-alat yang digunakan dalam pengukuran dan evaluasi pemberdayaan Kesehatan masyarakat. Mencakup survei, wawancara, analisis data kesehatan, dan metode penelitian lainnya.

5. Evaluasi Partisipasi Masyarakat

Pertimbangkan untuk mengukur sejauhmana masyarakat aktif terlibat dalam program pemberdayaan. Evaluasi ini dapat mencakup tingkat partisipasi, pemahaman masyarakat tentang program dan tingkat dukungan mereka.

Studi kasus tentang program pemberdayaan kesehatan masyarakat yang berhasil dapat memberikan wawasan konkret tentang bagaimana pengukuran dan evaluasi dapat

dilakukan. Mencari studi kasus dalam literatur akademik maupun laporan penelitian

6. Evaluasi Dampak Kesehatan

Nilai dampak program pada kesehatan masyarakat. Ini dapat mencakup perubahan dalam angka penyakit, peningkatan akses ke layanan kesehatan, peningkatan perilaku kesehatan dan lain-lain.

Menemukan informasi tentang bagaimana pemberdayaan kesehatan masyarakat telah berdampak pada kondisi kesehatan masyarakat seperti mengurangi jumlah penyakit menular atau meningkatkan akses ke layanan Kesehatan.

7. Feedback Masyarakat

Berkomunikasi dengan masyarakat untuk mendapatkan umpan balik tentang program. Hal ini dapat membantu memahami perspektif masyarakat dan membuat perbaikan laporan yang diperlukan

8. Penyusunan Laporan Evaluasi

Membuat laporan yang merangkum hasil evaluasi. Laporan ini harus mencakup temuan, rekomendasi dan tindakan yang akan diambil berdasarkan evaluasi

9. Perbaikan Program

Menggunakan temuan evaluasi untuk memperbaiki program pemberdayaan kesehatan masyarakat. Hal ini dapat mencakup penyesuaian strategi, realokasi sumber daya atau perubahan dalam pendekatan

10. Komunikasi Hasil

Bagikan hasil evaluasi kepada pihak-pihak terkait, termasuk masyarakat pemangku kepentingan, dan pihak yang membiayai program. Ini membantu menjaga transparansi dan akuntabilitas

11. Siklus Berkelanjutan

Evaluasi pemberdayaan kesehatan masyarakat seharusnya menjadi bagian dari siklus berkelanjutan. Program terus

dimonitor dan dievaluasi untuk memastikan pencapaian tujuan jangka panjang.

Bagian penting dari evaluasi adalah menilai keberlanjutan dari upaya pemberdayaan Kesehatan masyarakat. Menemukan sumber yang membahas bagaimana program-program ini dipertahankan dan diperluas jangkauan²⁴⁷. Dalam semua tahapan pengukuran dan evaluasi, sangat penting untuk melibatkan masyarakat secara aktif, mendengarkan masukan mereka, dan memastikan bahwa program pemberdayaan kesehatan masyarakat benar-benar berkontribusi pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan mereka

10.5 Contoh Indikator Kinerja

Indikator kinerja di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) mencakup berbagai aspek pelayanan kesehatan dan manajemen.

1. Tingkat Kunjungan Pasien
Mengukur jumlah pasien yang datang ke Puskesmas dalam periode tertentu
2. Pelayanan Imunisasi
Mengukur jumlah anak yang menerima vaksinasi sesuai dengan jadwal
3. Pengiriman Layanan Antenatal Care (ANC)
Melibatkan jumlah ibu hamil yang menerima layanan ANC sesuai dengan pedoman
4. Jumlah Persalinan Aman
Mengukur jumlah persalinan yang dilakukan dengan penanganan medis yang aman
5. Tingkat Pelaporan Penyakit Menular
Mengukur sejauhmana pelaporan kasus penyakit menular seperti pneumonia, tuberculosis atau HIV/AIDS

6. Pemantauan Kualitas Layanan
Melibatkan penilaian dan pemantauan kepatuhan terhadap pedoman klinis dan standar pelayanan
7. Ketersediaan Obat dan Perlengkapan Medis
Mengukur ketersediaan obat-obatan dan peralatan medis yang diperlukan
8. Tingkat ke⁵uasan Pasien
Penilaian oleh pasien terhadap pelayanan kesehatan yang mereka terima, yang mencerminkan kualitas dan kepuasan pasien terhadap layanan tersebut.
Mengukur kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan di Puskesmas
9. Efisiensi Manajemen
Melibatkan pengukuran efisiensi penggunaan sumber daya, seperti waktu tunggu pasien, manajemen antrian, dan administrasi
10. Pemantauan dan Evaluasi Program Ke³⁵ehatan Masyarakat
Pemantauan dan evaluasi program kesehatan masyarakat adalah proses sistematis untuk mengumpulkan data, menganalisis informasi, dan menilai hasil serta dampak dari program atau kebijakan kesehatan masyarakat. Ini merupakan komponen kunci dalam manajemen program kesehatan masyarakat²⁴⁴ yang efektif karena memungkinkan untuk memastikan sumber daya yang digunakan dengan efisien dan hasil yang ingin dicapai.
Melibatkan pemantauan keberlanjutan program-program kesehatan masyarakat di Puskesmas, termasuk indikator-indikator yang sesuai dengan tujuan program tersebut.

Langkah-langkah pemantauan dan evaluasi program kesehatan masyarakat:

Pemantauan (Monitoring)

1. Perencanaan pemantauan
Identifikasi indikator kunci yang akan dipantau untuk mengukur kemajuan program, indikator harus spesifik, terukur, relevan, dan realistis
2. Pengumpulan data
Mengumpulkan data secara rutin sesuai indikator yang telah ditetapkan. Data dapat bersumber dari survei, laporan rutin dan basis data kesehatan
3. Analisis data
Mengolah dan menganalisis data untuk memahami perkembangan program. Grafik, tabel sering digunakan untuk membuat data lebih dapat dipahami
4. Laporan hasil
Menyampaikan informasi hasil pemantauan kepada pemangku kepentingan, tim manajemen program, dan pihak yang terlibat dalam program. Laporan ini harus jelas dan mudah dimengerti.
5. Pengambilan tindakan
Jika pemantauan menunjukkan adanya masalah atau ketidaksesuaian dengan rencana program, Langkah-langkah perbaikan harus diambil

Evaluasi (Evaluation)

1. Perencanaan evaluasi
Merancang pendekatan evaluasi yang sesuai dengan tujuan program
2. Pengumpulan data evaluasi
Mengumpulkan data evaluasi, yang mungkin melibatkan wawancara, survei, pengamatan, atau analisis dokumen

3. Analisis data evaluasi

Menganalisis data evaluasi untuk menilai efektifitas, efisiensi, dampak, dan relevansi program

4. Penilaian dampak

Menentukan apakah program mencapai tujuannya dan dampaknya terhadap populasi target

5. Pelaporan hasil evaluasi

Penyampaian hasil evaluasi kepada pemangku kepentingan dan pihak yang terlibat dalam program. Laporan evaluasi biasanya lebih rinci daripada laporan pemantauan

10.6 Rekomendasi dan perbaikan

Berdasarkan temuan evaluasi, membuat rekomendasi untuk perbaikan program atau ke⁹⁸ kan.

Pemantauan dan evaluasi program kesehatan masyarakat penting untuk meningkatkan kualitas layanan ke¹⁴² atan, mengukur efektifitas program, dan memastikan bahwa sumber daya yang digunakan dengan bai¹⁴¹ dengan data yang akurat dan analisis yang tepat, program dapat terus berkembang dan memberikan manfaat yang besar bagi masyarakat.

10.7 Contoh Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Tema Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat: Peningkatan Akses ke Layanan Kesehatan di desa A.

1. Tujuan

Evaluasi ini bertujuan untuk menilai sejauh mana program pemberdayaan kesehatan masyarakat di desa A telah meningkatkan akses penduduk desa ke layanan kesehatan. Diperlukan latar belakang informasi untuk koleksi data yang meliputi:

Contoh Evaluasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

2. Indikator kinerja

Indikator kinerja yang digunakan meliputi:

- a. Jumlah penduduk yang mengakses layanan Kesehatan dasar (imunisasi, pelayanan ibu dan anak dan lain-lain)
- b. Tingkat partisipasi dalam program kesehatan masyarakat
- c. Tingkat kepuasan penduduk terhadap layanan Kesehatan di desa

14 d. Angka kematian ibu dan bayi

3. Metode Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara dengan penduduk, analisis data kesehatan desa, dan survei kepuasan masyarakat.

4. Analisis Data

Data-data yang dikumpulkan dianalisis untuk melihat perubahan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu, perbandingan dengan tahun sebelumnya dan perbandingan dengan desa-desa sekitarnya jika memungkinkan.

5. Hasil evaluasi

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dalam dua tahun terakhir, akses penduduk desa ke layanan kesehatan dasar

meningkat sebanyak 20%, partisipasi dalam program-program kesehatan masyarakat meningkat, tingkat kepuasan penduduk terhadap layanan kesehatan mencapai 90% dan angka kematian ibu dan bayi menurun

6. Rekomendasi

Berdasarkan hasil evaluasi, disarankan untuk terus mendukung program pemberdayaan kesehatan masyarakat ini dengan mengejar peningkatan lebih lanjut dalam akses dan kualitas layanan kesehatan. Selain itu, yang terpenting juga adalah menjaga tingkat partisipasi masyarakat yang tinggi dan terus memonitor dampak program ini.

112

10.8 Contoh Tujuan dan Sasaran Pemberdayaan Kesehatan di desa.

Tujuan dan sasaran pemberdayaan didesa dapat bervariasi tergantung pada kebutuhan dan tantangan spesifik yang dihadapi oleh masyarakat setempat.

1. Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Dasar

Tujuan melibatkan peningkatan akses penduduk desa ke fasilitas Kesehatan dan layanan Kesehatan dasar seperti imunisasi, pelayanan ibu dan anak, dan pemeriksaan Kesehatan rutin

2. Peningkatan Kesadaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran ini mencakup peningkatan pemahaman masyarakat tentang praktik-praktik kesehatan yang baik, termasuk hygiene pribadi, dan deteksi dini penyakit

3. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengambilan Keputusan Kesehatan

Bertujuan untuk memastikan bahwa program-program Kesehatan yan diterapkan didesa memiliki keberlanjutan jangka panjang

4. Peningkatan Keberlanjutan Program Kesehatan
Bertujuan untuk memastikan bahwa program-program kesehatan yang diterapkan di desa memiliki keberlanjutan jangka panjang
5. Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan
Mencakup peningkatan kualitas layanan di fasilitas kesehatan desa dan meningkatkan kompetensi staf medis. Penyediaan layanan kesehatan, dukungan psikososial untuk anak-anak di desa dengan focus pada kesehatan ibu dan anak. Layanan dukungan psikologis dan Kesehatan mental pada penduduk desa yang mungkin mengalami stress atau trauma
6. Penanggulangan Penyakit Spesifik
Jika ada masalah kesehatan tertentu yang signifikan di desa seperti malaria, HIV/AIDS atau penyakit menular lainnya, bertujuan focus pada pencegahan, pengendalian dan pengurangan dampak penyakit ini
7. Peningkatan Sanitasi dan Infrastruktur
Mencakup peningkatan sanitasi, akses air bersih dan infrastruktur kesehatan yang memadai di desa
8. Peningkatan Kualitas Hidup Lansia
Fokus pada Upaya meningkatkan kualitas hidup lansia di desa dengan menyediakan layanan kesehatan dan dukungan social

DAFTAR PUSTAKA

185

Laverack, G. 2007. *Health Promotion Practice. Building Empowered Communities.* Open University Press.

Rifkin, S. B., 1996. *Community Empowerment: A Guide for Public Health Practice.* Health Education & Behavior

Sulaeman, Karsidi, Murti, dkk, 2012. *Community Empowerment Model in Health Sector, Study on Village Preparedness Program.* Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 7 No. 4, November 2012

Restuastuti, Zahtamal dkk, 2017. *Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan.* Jurnal Kesehatan Melayu.

BAB 11

TANTANGAN DAN PELUANG KESEHATAN DI MASA DEPAN

Oleh Diah Wardani

11.1 Tantangan Kesehatan di Masa Depan

Dalam pembangunan nasional salah satu aspek yang penting yaitu kesehatan (Attriani, 2022). Dalam PP No. 72 tahun 2012 sistem kesehatan nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen bangsa Indonesia demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Bangsa Indonesia pada saat ini menghadapi berbagai tantangan yang makin kompleks di bidang kesehatan. Tantangan tersebut adaptasi dari beberapa perubahan mulai dari perubahan strategis di bidang kesehatan, regulasi mengenai pembangunan kesehatan di Indonesia dan berbagai permasalahan yang harus di selesaikan di era desentralisasi di bidang kesehatan (Kharisma, 2018).

Selain hal tersebut tantangan yang di hadapi bangsa Indonesia dalam sektor kesehatan yaitu selama tiga dekade terakhir terdapat transisi epidemiologi. Berdasarkan pengukuran dengan *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) beban penyakit (*burden of diseases*) bangsa Indonesia terdapat peningkatan prevalensi dari beberapa penyakit seperti penyakit tidak menular naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi 69,9%. Tetapi, terdapat beberapa yang mengalami penurunan seperti penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,3% pada tahun 1990 menjadi 23,6% pada tahun 2017 (Attriani, 2022).

Tantangan seperti peningkatan prevalensi penyakit tidak menular naik dengan signifikan dan juga terdapat permasalahan yang belum tuntas mengenai penyakit menular. Terdapat beberapa ancaman sektor kesehatan di Indonesia ¹⁸² dapat hadapi yaitu ancaman dalam bentuk biologi, terorisme, dalam bentuk kimia, radio nuklir dan penyakit yang baru muncul (*new emerging disease*). Menurut Badan PPSDM Kesehatan pada tahun 2020, Indonesia berpeluang cukup besar terhadap masuknya agen penyakit baru. Hal tersebut disebabkan karena bangsa Indonesia memiliki jumlah penduduk yang padat dan wilayah Indonesia yang luas yang mana akan membuka lebih besar transportasi baik antar daerah maupun antarnegara.

Tantangan selanjutnya yang dihadapi oleh bangsa Indonesia yaitu terkait permasalahan stunting. Sumber daya manusia yang berkualitas merupakan satu dari beberapa prioritas pembangunan nasional. SDM menjadi prioritas dalam pembangunan nasional sebab dapat menjadi modal yang inklusif dan merata dalam menciptakan pembangunan nasional. ¹⁴ dalam bidang kesehatan, menurunkan prevalensi stunting di Indonesia dapat menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas (Candarmaweni & Rahayu, 2020).

³⁴ Stunting merupakan kondisi dimana anak dengan usia di bawah lima tahun yang mengalami kondisi tidak sebanding antara tinggi badan dengan umurnya. Anak yang mengalami stunting akan mengalami beberapa dampak baik yang dirasakan dalam jangka ²⁵¹ waktu pendek ataupun panjang. Dalam jangka pendek, anak akan mengalami penurunan imunitas tubuh sehingga akan mudah terserang oleh penyakit. Sedangkan dalam jangka panjang akan berdampak pada motorik dan kognitif anak yang akan mengalami perkembangan yang kurang baik. Adapun faktor – faktor yang dapat menjadi penyumbang kondisi stunting yaitu sebagai berikut (Candarmaweni & Rahayu, 2020) :

1. Kurangnya asupan gizi dari kebutuhan yang anak butuhkan.
2. Permasalahan pada hormon pertumbuhan.
3. Faktor keturunan penyumbang penyebab stunting sebanyak 15%.
4. Terjadinya penyakit yang berulang.

Kualitas sumber daya manusia akan dipengaruhi oleh kondisi stunting jika tidak segera ditanggulangi. Investasi sebesar 1 dollar pada gizi dapat menghasikan 30 dollar dalam peningkatan kesehatan (*Copenhagen Consensus Centre dan Global Nutrition Report*, 2014). Sejak pandemi Covid-19 terdapat pembatasan di berbagai bidang salah satunya di bidang kesehatan. Hal tersebut dapat menjadi penghambat dalam penanganan kasus stunting di Indonesia (Candarmaweni & Riyu, 2020).

Balita yang mengalami stunting di Indonesia masih melebihi batas yang telah ditetapkan oleh WHO (sebesar 20%) yaitu 29,6% (Nugroho & Ulin, 2020). Berdasarkan data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembang Kesehatan Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan pada tahun 2018, prevalensi balita yang mengalami stunting masih pada angka 30,8% yang dimana angka tersebut masih jauh dari ambang batas maksimal angka stunting. Adapun permasalahan lain yang dialami balita yaitu berat badan lahir kurang, kurangnya imunisasi dasar dan lain sebagainya.

Permasalahan yang dihadapi Indonesia yaitu permasalahan kesehatan mental. Masalah yang banyak dialami masyarakat Indonesia yaitu masalah psikososial. Psikososial merupakan kondisi dimana tegangannya antara psikologi dan sosial dari seseorang (Suryani et al., 2019). Terdapat sekitar 47,5 juta mengalami demensia, 35 juta orang mengalami depresi, 21 juta mengalami skizofrenia, dan 60 juta orang mengalami bipolar (WHO, 2018). Gangguan mental tersebut dapat berdampak jangka

panjang terkait dengan produktivitas manusia (Suryani *et al.*, 2019).

Disamping banyaknya kasus terkait gangguan psikis, di Indonesia fasilitas yang memiliki poliklinik jiwa hanya sepertiga dari rumah sakit umum milik pemerintah. Rumah sakit umum milik pemerintah hanya 32,5% yang memiliki layanan psikiatri dan 8% yang memiliki fasilitas rawat inap dari total 685 rumah sakit umum milik pemerintah (Idaiani & Riyadi, 2018). Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2014 menyebutkan bahwa negara Indonesia yang merupakan salah satu dari negara ASEAN yang memiliki pengeluaran kesehatan yang rendah yaitu sekitar 2,36% dari GDP. Anggaran sekitar 2,89% yang digunakan untuk kesehatan jiwa dari total anggaran untuk kesehatan (ASEAN, 2017). Berdasarkan keterangan Direktorat Kesehatan Jiwa, puskesmas di Indonesia memiliki program mengenai kesehatan jiwa sekitar 50% tetapi berjalan sekitar 20% (Idaiani & Riyadi, 2018).

Disamping fasilitas yang kurang memadai, sumber daya tenaga kesehatan masih sangat minim jika dibandingkan dengan jumlah penduduk di Indonesia. Minimnya jumlah tenaga psikolog di Indonesia masih jauh dari standar WHO (Sari *et al.*, 2020).

Dalam pengelolaan sistem dan pembangunan kesehatan nasional diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas. Minimnya ketersediaan SDM kesehatan di Indonesia sebab minimnya institusi pendidikan kesehatan di Indonesia (Attriani, 2022).

Selain itu juga, tifoid merupakan salah satu penyakit yang bersifat endemis yang harus mendapat perhatian serius. Tifoid dapat mengancam kesehatan masyarakat banyak. Tifoid dapat menjadi permasalahan serius karena kasus seperti resistensi terhadap antibiotik atau obat-obat yang digunakan yang akan berdampak pada sulitnya pencegahan ataupun pengobatan tifoid itu sendiri (Purba *et al.*, 2016). Kasus tifoid banyak terjadi pada anak

usia 2 hingga 15 tahun dengan angka prevalensi kasus tifoid sekitar 81,7 dari 100.000 penduduk Indonesia (WHO, 2008).

Dalam menurunkan dan mencegah terjadinya kasus tifoid di Indonesia terdapat beberapa permasalahan yang dijumpai seperti berikut (Purba *et al.*, 2016) :

1. Terjadi peningkatan kasus resistensi terhadap obat – obatan tertentu misalnya antibiotik, kasus karier ataupun relaps.
2. Terdapat beberapa kasus yang tidak terdiagnosis.
3. Pemeriksaan di laboratorium yang kurang efisien dan praktis dengan hasil sensitivitas yang rendah.
4. Imunisasi nasional belum menyertakan vaksinasi tifoid.
5. Kurangnya akses kebersihan air bersih.
6. Sanitasi yang kurang baik dan kurang peka terhadap perilaku hidup bersih dan sehat.
7. Angka kemiskinan di Indonesia masih tinggi.
8. Kurangnya kebersihan dari tempat penjualan makanan.

Berkaitan dengan resisten, karier ataupun relaps terdapat beberapa faktor yang menjadi penyumbang terhadap kasus tersebut sebagai berikut (Kementrian Kesehatan RI, 2014) :

1. Penggunaan antibiotik tanpa resep dari dokter.
2. Penggunaan kurang tepat antibiotik lini pertama.
3. Dalam penggunaan dosis antibiotik yang berlebih atau kurang.
4. Lama penggunaan antibiotik yang berlebih atau kurang.
5. Terdapat komorbid yang dapat berperan terhadap menurunnya imunitas tubuh.

Tifoid jika dilihat dari aspek morbiditas dan endemisitas memiliki angka prevalensi yang tinggi. Akses terhadap air bersih yang kurang menjadi salah satu penyebab dari tingginya prevalensi tifoid di Indonesia. Di Indonesia sebesar 66,8%

masyarakat dapat memiliki akses terhadap air bersih. Selain itu juga, hanya sebanyak 70,1% masyarakat Indonesia yang melakukan pengolahan air minum (Risikesdas, 2013).

11.2 Peluang Kesehatan di Masa Depan

Dalam pengelolaan sistem dan pembangunan kesehatan nasional diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas. Permasalahan ataupun tantangan kesehatan yang terjadi di Indonesia perlu diatasi oleh semua pihak tidak hanya bergantung kepada pemerintah misalnya kepada kementerian kesehatan saja. Aspek keterjangkauan, mutu, ketersediaan dan penerimaan merupakan beberapa tantangan dalam SDM kesehatan di Indonesia (Harahap, 2019). Aspek ketersediaan merupakan ketersediaan jumlah sumber daya kesehatan yang ideal bagi masyarakat. Aspek penerimaan berkaitan dengan kemampuan SDM kesehatan untuk memberikan pelayanan yang optimal bagi semua orang. Aspek selanjutnya yaitu aspek keterjangkauan yaitu masyarakat dapat dengan mudah menerima pelayanan dari SDM kesehatan. Untuk aspek yang terakhir yaitu aspek mutu yang terdiri dari pengetahuan, kompetensi, kemampuan dan norma etika profesi.

Jumlah sumber daya manusia kesehatan di Indonesia terus meningkat pada setiap tahunnya. Sebanyak 1.971.735 sumber daya kesehatan yang bekerja di fasilitas kesehatan per 31 Desember 2021 (Kementrian Kesehatan RI, 2021). Tetapi, angka peningkatan jumlah tersebut masih belum mencukupi di semua fasilitas kesehatan yang ada di Indonesia. Selain itu juga, tenaga kesehatan yang bergerak pada bidang pencegahan dan promotif masih cukup minim dibanding tenaga kesehatan yang bergerak di bidang penyembuhan dan rehabilitatif (SISDMK, 2022).

Pendidikan menjadi suatu solusi yang dapat meningkatkan mutu dari seorang tenaga kesehatan, dapat meningkatkan pemahaman dan pengetahuan yang diperlukan dilapangan. Hal

tersebut di dukung dari penelitian yang dilakukan oleh Rusman pada tahun 2021, yang menyatakan bahwa terdapat dua aspek yang berkontribusi terhadap kinerja dari tenaga kesehatan yaitu hasil studi dan juga pelatihan yang pernah yang dilakukan.

Target startegis nasional yaitu program JKN pada tahun 2019 sudah mencakup seluruh masyarakat di Indonesia. Dengan adanya program tersebut akan terjadi peningkatan mutu pelayanan kesehatan baik fasilitas kesehatan pertama, kedua ataupun ketiga dan akses kesehatan bagi masyarakat banyak akan lebih mudah (Kharisma, 2018).

Dalam dua tahun terakhir pemerintah terus berupaya dalam menambah jumlah masyarakat yang tergabung dalam program JKN. Selain itu juga, pemerintah menggalakan program Dokter Layanan Primer (DLP). Dalam program ini berkaitan dengan peningkatan mutu layanan, pencegahan penyakit dan memberikan pelayanan kesehatan di tingkat primer.

Pemerataan tenaga kesehatan di Indonesia dilakukan melalui program Nusantara Sehat. Tenaga kesehatan disebar ke daerah perbatasan, daerah tertinggal ataupun ke daerah bermasalah kesehatan. Selain upaya diatas juga, pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan naik sebanyak 5% (Kharisma, 2018).

Negara seperi Jerman dan Amerika menggunakan sistem desentralisasi dalam pembangunan kesehatan. Kunci utama dalam pelayanan kesehatan di negara maju yaitu desentralisasi struktur untuk mencapai “kesehatan untuk semua orang”.

Selain itu juga, untuk mengatasi permasalahan kasus stunting di Indonesia pemerintah kabupaten memiliki beberapa program seperti berikut (Rahayu & Candarmaweni, 2020) :

1. Program Kesejahteraan dan Perlindungan Anak.
2. Program Pendidikan Anak Usia Dini.
3. Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial bagi Anak dengan Kedisabilitasanan.

4. Program Upaya Kesehatan Masyarakat.
5. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular.
6. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
7. Pelayanan Kesehatan Rujukan.
8. Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
9. Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL).
10. Gemar Ikan (Gerakan Masyarakat Makan Ikan).
11. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT).
12. Program Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL).
13. Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).
14. Banos Rumah Tidak Layak Huni (RTLH)
15. Bansos Bantuan Stimulan Perumahan Swadaya (BSPS).

37

Untuk menurunkan angka prevalensi tifoid di Indonesia, terdapat beberapa peluang yang dapat dimanfaatkan dalam rangka preventif dan menurunkan prevalensi tifoid yaitu sebagai berikut (Purba *et al.*, 2016) :

1. Dibutuhkan peran pemerintah dalam pencegahan atau pengendalian angka kesakitan dari tifoid.
2. Menambahkan atau mengencarkan program vaksinasi tifoid kepada masyarakat luas.
3. Dibutuhkan peran masyarakat luas mengenai program PHBS yang baik, sanitasi yang baik dalam pengendalian tifoid.
4. Dibutuhkan peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam pengobatan penderita tifoid secara rasional.

Peluang sektor kesehatan di masa yang akan datang harus menerapkan prinsip pelayanan kesehatan bukan hanya pada aspek penyembuhan dan rehabilitatif tetapi harus menerapkan juga prinsip pencegahan dan promotif. Pelayanan promotif berkaitan

dengan peningkatan kesehatan masyarakat sedangkan pelayanan preventif berkaitan dengan pencegahan terjadinya suatu penyakit (Budi, 2018).

Reorientasi, reformasi dan revitalisasi sangat diperlukan pada saat ini pada pelayanan kesehatan di Indonesia (Juanita, 2015). Reformasi pada sistem kesehatan nasional (SKN) telah memberikan dampak positif pada pembangunan kesehatan pada bangsa ini. Misalnya berkaitan dengan biaya kesehatan dan sistem dari upaya kesehatan itu sendiri (Gotama *et al.*, 2010).

Sistem kesehatan dari suatu negara akan berdampak pada masyarakat luas yang mana dipengaruhi oleh kebijakan – kebijakan yang telah di buat atau di sahkan oleh pemerintah itu sendiri. SKN atau yang lebih dikenal dengan sistem kesehatan nasional yaitu suatu sistem yang menjunjung tinggi upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat luas yang akan diselenggarakan oleh semua pihak. Untuk mencapai hal tersebut maka akan terbagi menjadi beberapa subsistem yang dapat mendukung terlaksananya peningkatan mutu kesehatan masyarakat indonesia yaitu sebagai berikut (Putri, 2019) :

1. Melakukan upaya peningkatan mutu kesehatan masyarakat.
2. Melakukan penelitian dan pengembangan ilmiah seputar dengan kesehatan.
3. Menjadikan sumber daya kesehatan yang memiliki mutu yang tinggi dan profesional.
4. Menyediakan sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan dan sebagainya di fasilitas kesehatan.

Terdapat beberapa tujuan normative dari sistem pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang dikemukakan oleh WHO pada tahun 2000 yaitu sebagai berikut :

1. Peningkatan status kesehatan (*goodness of health*).
2. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan (*responsiveness*).

3. Peningkatan keadilan dalam pembiayaan kesehatan (*fairness of health financing*).

Pada saat ini Indonesia memiliki sistem kesehatan yang terus membaik seiring dengan berjalannya waktu, walaupun masih banyak tantangan ataupun permasalahan yang baru. Hal tersebut dapat dilihat dari mutu kualitas kesehatan masyarakat di Indonesia yang sudah mengetahui bagaimana perilaku hidup bersih dan sehat, sanitasi lingkungan dan sebagainya yang mendukung pada peningkatan kesehatan masyarakat. Tetapi, sistem kesehatan di Indonesia harus masih mengejar indikator capaian dari negara maju. Oleh karena itu, sistem kesehatan nasional harus selaku di lakukan evaluasi dan dilakukan perbaikan untuk mencapai indikator kesehatan yang baik.

Jepang merupakan salah satu contoh negara maju yang memiliki sistem kesehatan yang baik. Menurut WHO pada tahun 2011, negara ini juga memiliki harapan hidup tertinggi. Jepang memiliki teknologi di bidang kesehatan yang lengkap dan canggih. Selain teknologi di bidang kesehatan, jepang juga memiliki sumber daya manusia ataupun tenaga kesehatan yang memiliki mutu yang tinggi yang peka terhadap PHBS dan sanitasi lingkungan sehingga akan membantu pemerintah dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat yang luas. Tetapi, di jepang pada rentang usia lansia memiliki biaya perawatan yang tinggi hal tersebut disebabkan oleh adanya penyakit degeneratif. Hal tersebut juga terjadi pada negara Indonesia. Masih banyak peluang kesehatan bagi Indonesia. Maka dari itu, perlu peran kita sebagai masyarakat yang peduli akan hidup sehat dan peningkatan kesehatan diri kita sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Attriani, A. N. 2022. Tantangan Dan Isu Strategis Sumber Daya Kesehatan Manusia Kesehatan Pada Puskesmas Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, Vol. 3, no. 3, hh. 363-368. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6102>
- Idaiani, S., & Riyadi, E. I. 2018. Sistem kesehatan jiwa di Indonesia: tantangan untuk memenuhi kebutuhan. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 70-80.
- Kharisma, D. B. 2018. Sistem Kesehatan Daerah: Isu dan Tantangan Bidang Kesehatan di Indonesia. *Rechtvinding Online Journal*. ISSN, 2089-9009.
- Lawaceng, C., & Rahayu, A. Y. S. 2020. Tantangan pencegahan stunting pada era adaptasi baru "New Normal" melalui pemberdayaan masyarakat di Kabupaten Pandeglang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, Vol. 9, no. 3, hh. 136-146. <https://doi.org/10.22146/jkki.57781>
- Maulana, I., Suryani, S., Sriati, A., Sutini, T., Widianti, E., Rafiah, I., ... & Senjaya, S. 2019. Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, Vol. 2, no. 2. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>
- Purba, I. E., Wandra, T., Nugrahini, N., Nawawi, S., & Kandun, N. 2016. *Typhoid fever control program in Indonesia: challenges and opportunities*. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Vol. 26, no. 2, hh. 99-108.
- Putri, R. N. 2019. Perbandingan sistem kesehatan di negara Berkembang DAN negara maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, Vol. 19, no. 1, hh. 139-146. <http://dx.doi.org/10.33087/jiubj.v19i1.572>

- Sari, O. K., Ramdhani, N., & Subandi, S. 2020. Kesehatan Mental di Era Digital: Peluang Pengembangan Layanan Profesional Psikolog. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, Vol. 30, no. 4. <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i4.3311>
- Ulfah, I. F., & Nugroho, A. B. 2020. Menilik Tantangan Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Faktor Penyebab Stunting di Kabupaten Jember. *Sospol: Jurnal Sosial Politik*, Vol. 6, no. 2, hh. 201-213.
- Utomo, B. 2007. Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan di Indonesia. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, Vol. 1, no. 5, hh. 232-240. <http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v1i5.296>

BIODATA PENULIS



Iseu Siti Aisyah

Dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi

Penulis lahir di Bandung pada tanggal 24 Juni 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 di Institut Pertanian Bogor jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga tahun 2004, dan menyelesaikan S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan Universitas Padjadjaran tahun 2009. Saat ini sedang menempuh pendidikan S3 bidang Ilmu Gizi konsentrasi Gizi Masyarakat di Institut Pertanian Bogor.

Penulis aktif mengajar mata kuliah Gizi Masyarakat, Ilmu Gizi Dasar, Metabolisme Gizi Mikro, Masalah Gizi Ganda dan Isu Diet Mutakhir. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang Gizi dan Promosi Kesehatan Masyarakat, yang artikelnya telah dipublikasikan di jurnal Nasional terakreditasi. Saat ini penulis mendapat tugas tambahan sebagai Wakil Dekan II bidang Keuangan dan Umum.

BIODATA PENULIS



Ni Made Padma Batiari, S.KM., M.K.M

Dosen Program Studi Diploma Empat Promosi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Denpasar tanggal 22 Februari 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Empat Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kartini (POLKESKA) Bali. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dan melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Pascasarjana Universitas Respati Indonesia Jakarta. Penulis menekuni bidang menulis yang berfokus pada topik kesehatan masyarakat, khususnya promosi kesehatan. Beberapa hasil tulisan dari penulis berupa publikasi hasil penelitian yang telah terbit di Jurnal Nasional Terakreditasi.

BIODATA PENULIS



Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widyagama Mahakam
Samarinda

Penulis lahir di Tuppu 05 Desember 1976. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Widyagama Mahakam Samarinda. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Peminatan Kesehatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar. Lulus S2 tahun 2010 pada Prodi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta Solo, Pada tahun 2016 menyelesaikan S3 di universitas yang sama (UNS) Surakarta Solo dengan peminatan Promosi Kesehatan. Penulis menekuni bidang menulis promosi Kesehatan dan ilmu perilaku.

BIODATA PENULIS



Syurrahmi, S.Fis., M.Or.

Dosen Program Studi S1 Fisioterapi
Stikes Kesdam IV/Diponegoro Semarang

Penulis lahir di Sumbawa Besar, Nusa Tenggara Barat (NTB) pada tanggal 31 Juli 1990. Saat ini Penulis menetap di Kota Semarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Fisioterapi di Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) dan melanjutkan Pendidikan S2 pada Jurusan Ilmu Keolahragaan di Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Fisioterapi Stikes Kesdam IV/Diponegoro Semarang dan saat ini menduduki jabatan sebagai Ketua Program Studi.

Penulis menekuni bidang kesehatan masyarakat, karena dalam proses pembelajaran mengampu mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat, Promosi Kesehatan dan Fisioterapi Komunitas. Sebagai dosen yang dituntut tidak hanya memberikan pengajaran dan bimbingan, penulis juga aktif sebagai penelitian dan menulis artikel dibidang kepakaran. Selain sebagai dosen, penulis juga berperan aktif dalam kegiatan dilingkungan masyarakat dan sebagai pengurus profesi yaitu Ikatan Fisioterapi Indonesia Cabang Kota Semarang dan sebagai anggota profesi

Ikatan Fisioterapi Indonesia. Menulis buku merupakan harapan penulis untuk bisa berkontribusi bagi Bangsa dan Negara.
Email Penuli: syurrahmi@gmail.com

BIODATA PENULIS



Sri Indra Kurnia, S.KM., MPH.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Sri Indra Kurnia adalah seorang profesional di bidang kesehatan masyarakat yang memiliki latar belakang pendidikan dan pengalaman dalam memajukan isu-isu kesehatan di masyarakat. Ia meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM.) dari Universitas Airlangga. Selanjutnya, ia melanjutkan pendidikan ke tingkat lebih lanjut dengan mendapatkan beasiswa penuh dari LPDP (Lembaga Pengelola Dana Pendidikan) Republik Indonesia, ia berhasil meraih gelar Master of Public Health (MPH) dari The University of Queensland, Australia.

Selama perjalanan pendidikan dan karirnya, Sri Indra Kurnia telah mengembangkan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek kesehatan masyarakat, termasuk kesehatan lingkungan, promosi kesehatan, epidemiologi, manajemen kesehatan, dan isu-isu kesehatan global. Dengan latar belakang pendidikan yang kuat, ia telah mengambil peran aktif dalam berbagai proyek dan inisiatif yang berfokus pada pemberdayaan masyarakat dan peningkatan kesejahteraan kesehatan.

Selain pendidikan formalnya, Sri Indra Kurnia juga memiliki pengalaman kerja di berbagai lembaga dan organisasi terkait kesehatan masyarakat. Pengalamannya dalam berbagai proyek penelitian, program pelayanan kesehatan, dan kampanye kesadaran kesehatan telah memberinya wawasan yang mendalam tentang tantangan dan peluang dalam memajukan kesehatan masyarakat.

Sebagai seorang profesional yang kompeten dan berkomitmen dalam bidangnya, Sri Indra Kurnia terus berupaya untuk mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya guna memberikan kontribusi nyata dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat. Ia juga aktif dalam berbagi pengetahuan dan pengalaman melalui seminar, lokakarya, dan tulisan-tulisan terkait kesehatan masyarakat.

Sri Indra Kurnia mengembangkan reputasi sebagai individu yang memiliki dedikasi kuat terhadap kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat. Ia terus berusaha untuk menjembatani kesenjangan dalam akses kesehatan, meningkatkan kesadaran masyarakat, dan berkontribusi dalam menciptakan lingkungan yang lebih sehat dan berkelanjutan. Dengan pendidikan, pengalaman, dan semangatnya yang tinggi, Sri Indra Kurnia terus menjadi agen perubahan yang berpengaruh dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan masyarakat.

BIODATA PENULIS



Dr. Marni, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Mulyorejo Pada tanggal 16 Januari 1977. Penulis adalah pengajar tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana. Penulis memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea di Makassar pada tahun 2001, gelar Magister dari Universitas Hasanuddin Makassar, dan gelar Doktor dari Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2022. Penulis memiliki pengetahuan dalam bidang promosi kesehatan.

BIODATA PENULIS

Ice Marini, SKM, MKM

Dosen Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Padang tanggal 02 Maret 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman dari tahun 2018 s/d sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas dan melanjutkan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

BIODATA PENULIS



Dr. Utami, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Dosen departemen IKM

Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

Penulis lahir di Padang tanggal 13 Mei 2020. Penulis adalah dosen tetap pada Universitas Islam Indonesia Yogyakarta departemen IKM. Menyelesaikan pendidikan S1 pada program studi keperawatan UNAIR dan melanjutkan S2 pada Program studi administrasi kebijakan kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR dan S3 program doktoral fakultas kedokteran UGM. Penulis menekuni bidang kesehatan Masyarakat dan pemberdayaan di Daerah Istimewah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Dr. Sintha Lisa Purimahua, SKM, M.Kes
Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Kendari pada tanggal 13 Maret 1976. Merupakan anak ke- 1 dari 5 bersaudara. Memulai karir sebagai dosen tetap sejak tahun 2003 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang. Penulis menempuh pendidikan S-1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2002. Melanjutkan studi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, lulus tahun 2007. Melanjutkan studi Program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, lulus tahun 2023. Hingga kini menjadi Pengurus Daerah Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Propinsi Nusa Tenggara Timur periode 2022-2025 (Koordinator Sub Bidang Pengabdian Masyarakat).

Email Penulis: sintha.purimahua@staf.undana.ac.id

BIODATA PENULIS



Apt. Diah Wardani, M. Farm.
Dosen Program Studi Farmasi
Prodi D-III Farmasi
STIKes Karsa Husada garut

Penulis lahir di Garut tanggal 21 Agustus 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan D-III Farmasi, STIKes Karsa Husada Garut, dan juga sebagai Sekertaris Prodi D-III Farmasi STIKes Karsa Husada Garut. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Farmasi di Universitas Garut Lulus Pada Tahun 2014 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Farmasi Konsentrasi Teknologi Farmasetika dan Kosmetik Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2016. Pada Tahun 2021 Penulis melanjutkan Pendidikan Profesi di Universitas Padjadjaran. Penulis menekuni bidang Menulis dan melakukan riset dan penelitian di bidang farmasi khususnya bidang teknologi Farmasi dan Resep.

MASYARAKAT SEHAT, MASYARAKAT BERDAYA UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM BIDANG KESEHATAN

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	portofolio.stks.ac.id Internet Source	<1 %
2	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	<1 %
3	docplayer.info Internet Source	<1 %
4	repository.uki.ac.id Internet Source	<1 %
5	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
6	eprints.ulm.ac.id Internet Source	<1 %
7	repo.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	<1 %
8	repository.uim.ac.id Internet Source	<1 %
9	ejournal.unesa.ac.id Internet Source	<1 %
10	zdocs.com.br Internet Source	<1 %

<1 %

11 pt.scribd.com
Internet Source

<1 %

12 es.scribd.com
Internet Source

<1 %

13 Submitted to Sriwijaya University
Student Paper

<1 %

14 www.scribd.com
Internet Source

<1 %

15 jurnal.arkainstitute.co.id
Internet Source

<1 %

16 repository.radenintan.ac.id
Internet Source

<1 %

17 denawanto.blogspot.com
Internet Source

<1 %

18 ouci.dntb.gov.ua
Internet Source

<1 %

19 dokumen.pub
Internet Source

<1 %

20 repository.unair.ac.id
Internet Source

<1 %

21 ecampus.poltekkes-medan.ac.id
Internet Source

<1 %

22 kesmas.kemkes.go.id
Internet Source

<1 %

23	jurnalnasional.ump.ac.id Internet Source	<1 %
24	repository.stikim.ac.id Internet Source	<1 %
25	ejournalmalahayati.ac.id Internet Source	<1 %
26	etd.repository.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
27	docobook.com Internet Source	<1 %
28	jurnal.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
29	journal.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
30	diggy.ruc.dk Internet Source	<1 %
31	pdfs.semanticscholar.org Internet Source	<1 %
32	repository.unhas.ac.id Internet Source	<1 %
33	vtechworks.lib.vt.edu Internet Source	<1 %
34	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
35	elibrary.almaata.ac.id Internet Source	<1 %

36	ugmpress.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
37	qdoc.tips Internet Source	<1 %
38	api.repository.poltekesos.ac.id Internet Source	<1 %
39	nottingham-repository.worktribe.com Internet Source	<1 %
40	eprints.staffs.ac.uk Internet Source	<1 %
41	repository.unisma.ac.id Internet Source	<1 %
42	conferences.unusa.ac.id Internet Source	<1 %
43	repository.ubharajaya.ac.id Internet Source	<1 %
44	Submitted to University of New South Wales Student Paper	<1 %
45	repository.ub.ac.id Internet Source	<1 %
46	e-journal.unair.ac.id Internet Source	<1 %
47	repo.ppb.ac.id Internet Source	<1 %

sagligabiradim.com

48

Internet Source

<1 %

49

123dok.com

Internet Source

<1 %

50

admpublik.fisip.undip.ac.id

Internet Source

<1 %

51

eprints.walisongo.ac.id

Internet Source

<1 %

52

repository.bku.ac.id

Internet Source

<1 %

53

Submitted to University of Limerick

Student Paper

<1 %

54

journal.stikeskendal.ac.id

Internet Source

<1 %

55

sehatnegeriku.kemkes.go.id

Internet Source

<1 %

56

repository.upy.ac.id

Internet Source

<1 %

57

harvardpublichealthreview.org

Internet Source

<1 %

58

www.weitzmaninstitute.org

Internet Source

<1 %

59

journal.stikessuakainsan.ac.id

Internet Source

<1 %

60

repo.poltekkesdepkes-sby.ac.id

Internet Source

<1 %

61	jurnal.htp.ac.id Internet Source	<1 %
62	Submitted to Coventry University Student Paper	<1 %
63	roboguru.ruangguru.com Internet Source	<1 %
64	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
65	Submitted to Universitas Diponegoro Student Paper	<1 %
66	Submitted to Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Gadjah Mada Student Paper	<1 %
67	Submitted to Purdue University Student Paper	<1 %
68	id.scribd.com Internet Source	<1 %
69	lib.unnes.ac.id Internet Source	<1 %
70	www.generali.com Internet Source	<1 %
71	www.praefaktisch.de Internet Source	<1 %
72	opus.lib.uts.edu.au Internet Source	<1 %

repository.unigal.ac.id

73

Internet Source

<1 %

74

Putri Winda Lestari, Partogi Michael Jordan, Adham Herlambang Adi Chandra, Bima Badruzzaman, Sofi Latifah Lestari.

"Peningkatan Derajat Kesehatan dengan Promosi Pola Hidup Bersih dan Sehat di Panti Asuhan Tebet, Jakarta Selatan", Jurnal Komunitas : Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat, 2020

Publication

<1 %

75

evinursyafitrisyamsul.blogspot.com

Internet Source

<1 %

76

journal.ibrahimy.ac.id

Internet Source

<1 %

77

repository.iainpurwokerto.ac.id

Internet Source

<1 %

78

repository.uhamka.ac.id

Internet Source

<1 %

79

tendikpedia.com

Internet Source

<1 %

80

www.nursingcenter.com

Internet Source

<1 %

81

zenodo.org

Internet Source

<1 %

82

ejournal.upi.edu

Internet Source

<1 %

83	nursing-community.blogspot.com Internet Source	<1 %
84	www.seeci.net Internet Source	<1 %
85	adoc.pub Internet Source	<1 %
86	ejurnal.poltekkesjakarta3.ac.id Internet Source	<1 %
87	repository.unibos.ac.id Internet Source	<1 %
88	Submitted to Universitas Musamus Merauke Student Paper	<1 %
89	Submitted to Universitas Sebelas Maret Student Paper	<1 %
90	Submitted to University of Bradford Student Paper	<1 %
91	online-journal.unja.ac.id Internet Source	<1 %
92	Anggit Widcaksono, Esi Putri Silmina. "Rancang Bangun Sistem Informasi Back Office Aplikasi Telemedicine sebagai Media Pembelajaran", Jurnal Informatika Terpadu, 2023 Publication	<1 %
93	Submitted to Reykjavík University Student Paper	<1 %

94	e-renggar.kemkes.go.id Internet Source	<1 %
95	openjournal.wdh.ac.id Internet Source	<1 %
96	sinta.unud.ac.id Internet Source	<1 %
97	media.neliti.com Internet Source	<1 %
98	repositori.usu.ac.id Internet Source	<1 %
99	Ikeu Kania. "Family Learning Center Service Innovation in The Implementation of Children's Education During The Covid-19 Pandemic", <i>EDUKATIF : JURNAL ILMU PENDIDIKAN</i> , 2022 Publication	<1 %
100	bmcnutr.biomedcentral.com Internet Source	<1 %
101	digilibadmin.unismuh.ac.id Internet Source	<1 %
102	doku.pub Internet Source	<1 %
103	journal.iaimnumetrolampung.ac.id Internet Source	<1 %
104	repository.umy.ac.id Internet Source	<1 %

105	Andi Nur Fiqhi Utami, Asma Amin. "Kerjasama NGO Pada Program Pemerintah Dalam Mengurangi Angka Pernikahan Usia Anak Di Kabupaten Mamuju", Journal of Government and Politics (JGOP), 2023 Publication	<1 %
106	ejournal2.litbang.kemkes.go.id Internet Source	<1 %
107	id.123dok.com Internet Source	<1 %
108	jurnal.healthsains.co.id Internet Source	<1 %
109	podtail.nl Internet Source	<1 %
110	repository.ar-raniry.ac.id Internet Source	<1 %
111	Colfer C.J.P., Capistrano D., eds.. "Politik desentralisasi: hutan, kekuasaan dan rakyat", Center for International Forestry Research (CIFOR), 2006 Publication	<1 %
112	moam.info Internet Source	<1 %
113	www.ejournal.unma.ac.id Internet Source	<1 %
114	messagedudg.files.wordpress.com Internet Source	<1 %

115	www.kemenpppa.go.id Internet Source	<1 %
116	api-jdih.kemenpppa.go.id Internet Source	<1 %
117	proceeding.mbunivpress.or.id Internet Source	<1 %
118	api.openalex.org Internet Source	<1 %
119	elearning.medistra.ac.id Internet Source	<1 %
120	geka.id Internet Source	<1 %
121	journal.unita.ac.id Internet Source	<1 %
122	repository.unika.ac.id Internet Source	<1 %
123	repository.usd.ac.id Internet Source	<1 %
124	ruj.uj.edu.pl Internet Source	<1 %
125	www.kompasiana.com Internet Source	<1 %
126	Nur Hidayah Tulaisyah, Usastiawaty Cik Ayu Saadiyah Isnainy, Aryanti Wardiyah. "Hubungan Kualitas Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan	<1 %

Pasien di Rumah Sakit Pertamina Bintang
Amin Husada Kota Bandar Lampung",
Malahayati Nursing Journal, 2022

Publication

127	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1 %
128	bikinpabrik.id Internet Source	<1 %
129	ejournal-kertacendekia.id Internet Source	<1 %
130	eprints.iain-surakarta.ac.id Internet Source	<1 %
131	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
132	jurnal.uin-antasari.ac.id Internet Source	<1 %
133	jurnal.unigal.ac.id Internet Source	<1 %
134	jurnal.untagsmg.ac.id Internet Source	<1 %
135	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %
136	vdocs.ro Internet Source	<1 %
137	www.opengovasia.com Internet Source	<1 %

138	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1 %
139	edoc.pub Internet Source	<1 %
140	ejournal.sisfokomtek.org Internet Source	<1 %
141	geograf.id Internet Source	<1 %
142	repository.unpas.ac.id Internet Source	<1 %
143	Submitted to selby college Student Paper	<1 %
144	www.wilsoncenter.org Internet Source	<1 %
145	Submitted to Universitas Ahmad Dahlan Student Paper	<1 %
146	africlaw.com Internet Source	<1 %
147	core.ac.uk Internet Source	<1 %
148	ejournal.stikesmajapahit.ac.id Internet Source	<1 %
149	jppipa.unram.ac.id Internet Source	<1 %

jrur.ut.ac.ir

150	Internet Source	<1 %
151	jurnal.serambimekkah.ac.id Internet Source	<1 %
152	simdos.unud.ac.id Internet Source	<1 %
153	www.fkm.ui.ac.id Internet Source	<1 %
154	www.frontiersin.org Internet Source	<1 %
155	www.jogloabang.com Internet Source	<1 %
156	72ff79bb-6a7b-470c-b02a-67ddb6e6cda9.filesusr.com Internet Source	<1 %
157	dendiyulistiana.blogspot.com Internet Source	<1 %
158	galihendradita.wordpress.com Internet Source	<1 %
159	jurnal.unimus.ac.id Internet Source	<1 %
160	repository.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	<1 %
161	repository.unimus.ac.id Internet Source	<1 %

Submitted to Udayana University

162	Student Paper	<1 %
163	eprints.ums.ac.id Internet Source	<1 %
164	globaleksekutifteknologi.co.id Internet Source	<1 %
165	ojs3.unpatti.ac.id Internet Source	<1 %
166	pusako.ppj.unp.ac.id Internet Source	<1 %
167	repository.itspku.ac.id Internet Source	<1 %
168	Submitted to Padjadjaran University Student Paper	<1 %
169	Submitted to Universitas Sam Ratulangi Student Paper	<1 %
170	kemenpppa.go.id Internet Source	<1 %
171	mail.obsesi.or.id Internet Source	<1 %
172	perpustakaan.komnasperempuan.go.id Internet Source	<1 %
173	repository.ipb.ac.id Internet Source	<1 %
174	www.scilit.net Internet Source	<1 %

175	Buchari Lapau. "Diharapkan Dewan Perwakilan Rakyat Berperan Sebagai Inisiator Memberdayakan Pelayanan Kesehatan Primer Untuk Kesejahteraan Masyarakat", Jurnal Kesehatan Komunitas, 2013 Publication	<1 %
176	Gina Purnama Insany, Indra Yustiana, Sri Rahmawati. "Penerapan KNN dan ANN pada klasifikasi status gizi balita berdasarkan indeks antropometri", Jurnal CoSciTech (Computer Science and Information Technology), 2023 Publication	<1 %
177	Submitted to Homewood-Flossmoor High School Student Paper	<1 %
178	Submitted to Liverpool School of Tropical Medicine Student Paper	<1 %
179	basepub.dauphine.psl.eu Internet Source	<1 %
180	eprint.stieww.ac.id Internet Source	<1 %
181	Submitted to iGroup Student Paper	<1 %
182	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1 %

183	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
184	sekitarkita.com Internet Source	<1 %
185	sk.sagepub.com Internet Source	<1 %
186	www.bircu-journal.com Internet Source	<1 %
187	Submitted to Universiti Utara Malaysia Student Paper	<1 %
188	jim.unsyiah.ac.id Internet Source	<1 %
189	journal.uinsgd.ac.id Internet Source	<1 %
190	repository.iainkudus.ac.id Internet Source	<1 %
191	Submitted to Hellenic Open University Student Paper	<1 %
192	Heru Cahyono, Kurniasih Mufidayati. "PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PERENCANAAN APBDES SASAKPANJANG KECAMATAN TAJURHALANG KABUPATEN BOGOR", Indonesian Treasury Review: Jurnal Perbendaharaan, Keuangan Negara dan Kebijakan Publik, 2021 Publication	<1 %

193	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya Student Paper	<1 %
194	Sukarman Kamuli, Sastro M. Wantu, Udin Hamim, Lucyane Djafar, Yayan Sahi, Haikal Dahiba. "Pemberdayaan Berkelanjutan Melalui Pemanfaatan Dana Desa Bagi Masyarakat Pesisir di Desa Momalia Kecamatan Posigadan Provinsi Sulawesi Utara", Jambura Journal Civic Education, 2023 Publication	<1 %
195	Submitted to Universiti Sains Malaysia Student Paper	<1 %
196	Submitted to University College London Student Paper	<1 %
197	ddd.uab.cat Internet Source	<1 %
198	dev.journal.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
199	digilib.unila.ac.id Internet Source	<1 %
200	ecampus.afi.ac.id Internet Source	<1 %
201	ejournal.uin-suska.ac.id Internet Source	<1 %
202	jurnal.unikal.ac.id Internet Source	<1 %

<1 %

203 kaltim.tribunnews.com
Internet Source

<1 %

204 nonekngemplek.blogspot.com
Internet Source

<1 %

205 pmiipenaklukadawiyah.wordpress.com
Internet Source

<1 %

206 ppid.batukota.go.id
Internet Source

<1 %

207 repositori.widyagamahusada.ac.id
Internet Source

<1 %

208 repository.poltekkes-kdi.ac.id
Internet Source

<1 %

209 repository.stikesdrsoebandi.ac.id
Internet Source

<1 %

210 vdocuments.com.br
Internet Source

<1 %

211 www.kebijakankesehatanindonesia.net
Internet Source

<1 %

212 www.primaquality.com
Internet Source

<1 %

213 Submitted to Universitas Airlangga
Student Paper

<1 %

214 adconomic.com
Internet Source

<1 %

215	aryotutuko.blogspot.com Internet Source	<1 %
216	books.openedition.org Internet Source	<1 %
217	dialektikamassa.blogspot.com Internet Source	<1 %
218	digilib2.unisayogya.ac.id Internet Source	<1 %
219	eprints.undip.ac.id Internet Source	<1 %
220	farmasetika.com Internet Source	<1 %
221	flashriduan.wordpress.com Internet Source	<1 %
222	haerulinjeksi09.blogspot.com Internet Source	<1 %
223	id.thpanorama.com Internet Source	<1 %
224	idoc.pub Internet Source	<1 %
225	jurnal.usahid.ac.id Internet Source	<1 %
226	kebijakankesehatanindonesia.net Internet Source	<1 %
227	maryelizabethbodycare.com Internet Source	<1 %

228	mutijo70.blogspot.com Internet Source	<1 %
229	neoblog21.blogspot.com Internet Source	<1 %
230	ojs.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	<1 %
231	pasarinternet.co.id Internet Source	<1 %
232	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
233	repository.umi.ac.id Internet Source	<1 %
234	repository.umsu.ac.id Internet Source	<1 %
235	scholars.hkbu.edu.hk Internet Source	<1 %
236	syahriartato.wordpress.com Internet Source	<1 %
237	ukssmkn3smi.blogspot.com Internet Source	<1 %
238	untidar.ac.id Internet Source	<1 %
239	vdocuments.site Internet Source	<1 %
240	www.antaranews.com Internet Source	<1 %

241	www.barbourjackets.us.org Internet Source	<1 %
242	www.pandeglangkab.go.id Internet Source	<1 %
243	Amran Achmad, Putu Oka Ngakan, Anwar Umar, Asrianny .. "POTENSI KEANEKARAGAMAN SATWALIAR UNTUK PENGEMBANGAN EKOWISATA DI LABORATORIUM LAPANGAN KONSERVASI SUMBERDAYA HUTAN DAN EKOWISATA HUTAN PENDIDIKAN UNHAS", Jurnal Penelitian Kehutanan Wallacea, 2013 Publication	<1 %
244	Ayu Puspita Sari, Muhammad Adil. "OPINI AUDIT ATAS PENGUNGKAPAN LAPORAN KEUANGAN PEMERINTAH KABUPATEN DI SULAWESI SELATAN", SIMAK, 2020 Publication	<1 %
245	CIFOR. "Menuju kesejahteraan dalam masyarakat hutan: buku panduan untuk pemerintah daerah", Center for International Forestry Research (CIFOR), 2007 Publication	<1 %
246	Endang Sudjiati, Hanny Handiyani, Krisna Yetti, Cori Tri Suryani. "Optimalisasi Perawat Sehat dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan Bermutu", Journal of Telenursing (JOTING), 2021	<1 %

247 Kiky Srirejeki, Agus Faturahman, Warsidi Warsidi, Permata Ulfah, Eliada Herwiyanti. "Pemetaan Potensi Desa untuk Penguatan Badan Usaha Milik Desa dengan Pendekatan Asset Based Community-Driven Development", Warta LPM, 2020
Publication

248 Moeliono M., Wollenberg E, Limberg G., eds.. "Desentralisasi tata kelola hutan: politik, ekonomi dan perjuangan untuk menguasai hutan di Kalimantan, Indonesia", Center for International Forestry Research (CIFOR), 2009
Publication

249 Praja Firdaus Nuryananda, Alisya Qathrunnada Al Fitriani. "Permasalahan Kultural dan Pentingnya Kontekstualisasi dalam Penerapan Teknologi dalam Pengembangan Pariwisata Kampung Adat Segunung", Khasanah Ilmu - Jurnal Pariwisata Dan Budaya, 2023
Publication

250 agribisnis.uma.ac.id
Internet Source

251 astridjoy.wordpress.com
Internet Source

252 bpk.respati.ac.id
Internet Source

253	cahyopa.blogspot.com Internet Source	<1 %
254	cyber-chmk.net Internet Source	<1 %
255	dailysocial.id Internet Source	<1 %
256	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
257	eprints.uns.ac.id Internet Source	<1 %
258	es.dipi.id Internet Source	<1 %
259	feb.unila.ac.id Internet Source	<1 %
260	fr.scribd.com Internet Source	<1 %
261	jamsi.jurnal-id.com Internet Source	<1 %
262	journal.ummat.ac.id Internet Source	<1 %
263	jurnal.poltekeskupang.ac.id Internet Source	<1 %
264	kc.umn.ac.id Internet Source	<1 %
265	kesmas.fik.um.ac.id Internet Source	<1 %

266	kta-im.blogspot.com Internet Source	<1 %
267	lamsari-sitompul.blogspot.com Internet Source	<1 %
268	mafiadoc.com Internet Source	<1 %
269	megapolitan.antaranews.com Internet Source	<1 %
270	metromanilaroadway.blogspot.com Internet Source	<1 %
271	nyentrik.com Internet Source	<1 %
272	ocs.machung.ac.id Internet Source	<1 %
273	ojs.unud.ac.id Internet Source	<1 %
274	okkyyudistira.wordpress.com Internet Source	<1 %
275	penyuluhan.pasca.unsoed.ac.id Internet Source	<1 %
276	rawayanfoundnation.wordpress.com Internet Source	<1 %
277	repository.stiki.ac.id Internet Source	<1 %
278	rrr-rulee.blogspot.com Internet Source	<1 %

279	scdblackandyellow.blogspot.com Internet Source	<1 %
280	sibosur.blogspot.com Internet Source	<1 %
281	sukabumikab.go.id Internet Source	<1 %
282	syekhnurjati.ac.id Internet Source	<1 %
283	trimongalah.wordpress.com Internet Source	<1 %
284	www.alyandajreaction.net Internet Source	<1 %
285	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
286	www.docstoc.com Internet Source	<1 %
287	www.ilo.org Internet Source	<1 %
288	www.sanita24.ilsole24ore.com Internet Source	<1 %
289	www.sapa.or.id Internet Source	<1 %
290	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
291	www.starysa.com Internet Source	<1 %

<1 %

292

Asti Nur Attriani. "TANTANGAN DAN ISU STRATEGIS SUMBER DAYA KESEHATAN MANUSIA KESEHATAN PADA PUSKESMAS DI INDONESIA", Jurnal Kesehatan Tambusai, 2022

Publication

<1 %

293

Suci Tuty Putri, Septian Andriyani, Sehabudin Salasa, Tirta Adikusuma. "Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Melalui Pendekatan Adaptive Conservation Di Kelurahan Padasuka Kota Bandung", JPPM (Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat), 2018

Publication

<1 %

294

Suprpto Suprpto, Darmi Arda. "Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat", Jurnal Pengabdian Kesehatan Komunitas, 2021

Publication

<1 %

295

eprints.uny.ac.id

Internet Source

<1 %

296

Boslaugh. Encyclopedia of Epidemiology

Publication

<1 %

297 Euis Faizatul Muniroh, Gina Safitri, Siti Dilah Fadilah, Sa'diyah Sa'diyah. "PEMBERDAYAAN KELOMPOK TANI MELALUI PENYULUHAN BUDIDAYA TANAMAN KAKAO DAN PENGENDALIAN HAMA PENYAKIT KAKAO", Lembaran Masyarakat: Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam, 2020
Publication <1 %

298 elitasuratmi.wordpress.com
Internet Source <1 %

299 journal.fkm.ui.ac.id
Internet Source <1 %

300 konsultasiskripsi.com
Internet Source <1 %

301 radentaufiq.wordpress.com
Internet Source <1 %

302 zombiedoc.com
Internet Source <1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography On