

TESIS

**STRATEGI PROMOSI KESEHATAN MENINGKATKAN
PARTISIPASI KB PRIA DI BKKBN
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

*HEALTH PROMOTION STRATEGY IN IMPROVING THE
PARTICIPATION OF MALES FAMILY PLANNING IN
BKKBN OF SOUTH SULAWESI PROVINCE*

RAHMATSAH SAID



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

**STRATEGI PROMOSI KESEHATAN MENINGKATKAN
PARTISIPASI KB PRIA DI BKKBN
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Sarjana

Program Studi

KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun dan diajukan oleh

RAHMATSAH SAID

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rahmatsah Said

No. Stambuk : P1805208019

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Desember 2011

Yang menyatakan

Rahmatsah Said

ABSTRAK

Rahmatsah Said. Strategi Promosi Kesehatan dalam Meningkatkan Partisipasi KB Pria di BKKBN Provinsi Sulawesi Selatan (dibimbing oleh Muh. Syafar dan Ridwan M. Thaha)

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis strategi promosi kesehatan dalam meningkatkan partisipasi KB pria di BKKBN Provinsi Sulawesi Selatan.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian dalam pendekatan kualitatif adalah dengan rancangan studi kasus yaitu yang digali adalah entitas tunggal atau fenomena dari suatu masa tertentu dan aktivitas (bisa berupa program, kejadian, proses, institusi atau kelompok sosial), serta mengumpulkan detail informasi dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama kasus itu terjadi.

Hasil penelitian menunjukkan adanya komitmen pemerintah berupa keadilan dan kesetaraan gender dalam program Keluarga Berencana. Ada beberapa faktor penghambat dalam pelaksanaan program peningkatan partisipasi KB pria diantaranya: faktor kesadaran, ekonomi, budaya, dan masih kurangnya Advokasi dan KIE. Di samping itu akses pelayanan alat kontrasepsi yang meliputi pendistribusian alat kontrasepsi disesuaikan dengan permintaan kabupaten kota, walaupun pendanaan untuk pelayanannya belum merata, namun fungsi monitoring terhadap akses pelayanan KB di kabupaten kota tetap berjalan sebagaimana mestinya dan ada upaya dari pemerintah untuk menambah varian baru alat kontrasepsi untuk pria khususnya Pil KB. Selain itu adanya dukungan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam bentuk kerjasama dan pola kemitraan pelibatan kampanye, Advokasi dan KIE program KB pria.

Kata kunci : KB pria, Advokasi, Dukungan Sosial, Pemberdayaan Masyarakat, Gender, Alat Kontrasepsi, Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama

KATA PENGANTAR

Puji syukur hanya bagi Allah SWT yang atas hidayah-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan tesis ini sebagai salah satu syarat menyelesaikan studi pada Program Pascasarjana Konsentrasi Promosi Kesehatan FKM UNHAS.

Terima kasih dan doa penulis haturkan kepada ayahanda H. Muhammad Said, P dan ibunda Hj. St. Hajerih, B juga kepada istri dan anakku tercinta Marhtyni Natsir, SKM., M.Kes dan Muh. Zahran Arzaq R., adik-adikku tersayang Surahmansah Said, S.Gz, Nismawaty Natsir, S.Si. dan Muhammad Wahyu Apriliandi Natsir serta segenap keluargaku terkasih di Sengkang, Sampano, Maros, Pallangga, Bonto Nempo, Tombolo Pao dan Lunyuk yang telah dengan sabar dan penuh kasih sayang membantu dan selalu memanjatkan doa sehingga penulis mampu menyelesaikan studi.

Secara khusus penulis sampaikan rasa terima kasih yang mendalam kepada ketua konsentrasi Magister Promosi Kesehatan Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku pembimbing II dan Bapak Prof. Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu degan ikhlas dan sabar untuk memberikan arahan dan bimbingan tahap demi tahap penyusunan tesis ini hingga selesai.

Penulis juga menghaturkan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc. selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah menerima penulis untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pascasarjana.
2. Dr. Dr. Noer Bahry Noor, M.Sc selaku ketua program studi beserta seluruh staf pengajar pada program studi ilmu kesehatan masyarakat program pascasarjana FKM UNHAS atas segala arahan dan bimbingan selama penulis mengikuti proses pendidikan.
3. Prof. Dr. dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH, Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH dan Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M.Sc selaku tim penguji yang telah memberikan arahan, masukan dan koreksi sehingga tesis ini menjadi lebih baik.
4. Pengelola konsentrasi Magister Promosi Kesehatan yang telah membantu kelancaran penyelesaian tesis ini.
5. Gubernur Sulawesi Selatan, Kepala Perwakilan BKKBN Provinsi Sulawesi Selatan beserta jajarannya yang telah memberikan izin dan bantuan kepada penulis selama melakukan penelitian.
6. Teman-teman di program studi kesehatan masyarakat angkatan 2008 reguler khususnya saudara A. Ayumar, SKM., M.Kes atas kebersamaan, saling pengertian dan bantuannya yang menjadi motivasi tersendiri kepada penulis.
7. Seluruh rekan kerja di Badan KB Kota Makassar dan seluruh staf Kelurahan Mappala Kecamatan Rappocini yang selalu memberikan

pengertian dan bantuan dalam melaksanakan tugas kantor yang tidak mampu sepenuhnya dilaksanakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu dengan segala keterbatasan yang ada penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan manfaat. Akhirnya penulis hanya dapat mendoakan semoga Allah SWT memberikan imbalan yang setimpal kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini. Amin.

Makassar, 2011

Rahmatsah Said

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Pertanyaan Penelitian	7
D. Tujuan Penelitian	7
E. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Teoritis Program KB Nasional	9
B. Tinjauan Tentang Partisipasi	16
C. Tinjauan Tentang Promosi Kesehatan	23
D. Tinjauan Teori Gender	69
E. Tinjauan Penggunaan Alat Kontrasepsi	77

F. Tinjauan Dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat	95
G. Konsep Pemikiran Variabel yang Diteliti	99
H. Kerangka Pemikiran Variabel yang Diteliti	103
I. Kerangka Konsep	105
BAB III METODE PENELITIAN	109
A. Jenis Penelitian	109
B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti	109
C. Lokasi Penelitian	109
D. Sumber Data	110
E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	111
F. Validasi Data	112
G. Teknik Triangulasi	112
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	114
A. Hasil Penelitian	114
B. Pembahasan	125
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	138
A. Kesimpulan	138
B. Saran	138
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

- Tabel 1 Pencapaian Sasaran Pokok Program KB Nasional sesuai RPJMN 2004 – 2009 BKKBN Provinsi Sulawesi Selatan dengan Tahun 2008
- Tabel 2 Persentase persebaran penggunaan alat kontrasepsi
- Tabel 3 Karakteristik informan penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan Daerah sebagai bagian integral dari pembangunan Nasional mempunyai arti dan peranan yang sangat penting dalam rangka mewujudkan Tujuan pembangunan Nasional dalam tatanan Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Pancasila dan UUD 1945.

Program Keluarga Berencana adalah salah satu diantara sekian banyak program pembangunan yang dilaksanakan secara Nasional dan mencakup seluruh wilayah tanah air dan menjangkau bahagian terbesar dari seluruh penduduk Indonesia.

Dalam proses pembangunan Nasional, tahap implementasi sebagai kelanjutan dari proses perencanaan akan menentukan apakah suatu kebijaksanaan atau program pembangunan dapat terwujud sesuai dengan rencana dan perwujudannya mencapai hasil sesuai dengan tujuan suatu program pembangunan berupa peningkatan kesejahteraan.

Agar pembangunan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan rakyat dapat terwujud dengan cepat, maka perlu dilakukan pengendalian penduduk secara bijaksana melalui program Keluarga Berencana. Gerakan Keluarga Berencana ini dilaksanakan sedemikian rupa sehingga mampu menurunkan tingkat kelahiran secara lebih cepat lagi. Di samping tujuan kuantitatif, gerakan Keluarga Berencana juga bertujuan untuk

meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan Keluarga Berkualitas.

Agar tercapai keseimbangan antara pertumbuhan penduduk dan pertumbuhan ekonomi sehingga terwujud peningkatan kesejahteraan keluarga, maka perlu gerakan Keluarga Berencana lebih digalakkan dengan keterlibatan berbagai instansi, karena gerakan Keluarga Berencana Nasional merupakan salah satu kegiatan pokok dalam upaya pembangunan Keluarga Sejahtera agar terwujud kehidupan bangsa guna meningkatkan Kesejahteraan Keluarga dan membina ketahanan keluarga yang mampu mendukung kegiatan pembangunan.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) selama tiga dasawarsa terakhir telah berhasil mengarus utamakan program keluarga berencana menjadi program inti pembangunan lewat mottonya: Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Kinerja BKKBN ditunjukkan melalui kecenderungan presentasi Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) Indonesia yang terus menurun hingga melampaui target menurun hingga melampaui target sasaran pada awal dicanangkannya program KB Nasional. Hasil sensus penduduk tahun 1971 s.d 2000, menunjukkan penurunan rata-rata LPP per tahun Indonesia, tahun 1971 – 1980 sebesar 2,32%, tahun 1980 – 1990 menjadi 1,97% dan tahun 1990 – 2000 mencapai 1,5%.

Kinerja BKKBN mulai menurun dengan berakhirnya masa orde baru, ketika terjadi krisis multi-dimensional pada tahun 1998 dan berlanjut

sampai era desentralisasi. Dalam rangka pengendalian angka pertumbuhan penduduk, pelaksanaan program KB di era desentralisasi menghadapi berbagai macam tantangan dimana perhatian masalah kependudukan yang diarahkan pada isu pengentasan kemiskinan, program kesehatan dan program pendidikan kurang memperhatikan pentingnya aspek kuantitas dan pertumbuhan penduduk. Pengendalian pertumbuhan penduduk mulai dianggap tidak relevan bagi daerah jarang penduduknya, termasuk upaya transmigrasi keluar pulau Jawa. Padahal isu kuantitas dan kualitas harus ditangani secara simultan karena peningkatan kualitas tidak mungkin dapat diwujudkan tanpa melaksanakan pengendalian kuantitas penduduk. (bidang KB:1996)

Hal ini pula yang dihadapi di BKKBN provinsi Sulawesi Selatan, era desentralisasi sedikit banyak mempengaruhi program kerja BKKBN provinsi Sulawesi Selatan sehingga berdampak pada pelaksanaan program KB dilapangan sebagaimana ditunjukkan pada pencapaian sasaran program KB Nasional sesuai dengan RPJMN 2004-2009 sebagai berikut:

Dari data diatas terlihat bahwa pencapaian Indikator program KB Nasional belum mencapai sasaran pencapaian sesuai yang digariskan pada RJPM 2004 – 2009 (BKKBN Sul-Sel: 2007)

Dalam sejarah perkembangan program keluarga Berencana, perhatian besar terhadap kesertaan pria sebagai peserta KB baru dimulai pada tahun 1999. Sebelumnya perhatian lebih difokuskan kepada kaum wanita. Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997

menunjukkan bahwa persentase pemakaian kontrasepsi untuk wanita sebesar 98,9% dari total prevalensi 54,7%, sedangkan pemakaian kontrasepsi untuk pria persentasenya hanya sebesar 1,1%. Demikian halnya hasil SDKI 2002/2003 pemakaian kontrasepsi pria sebesar 98,7% dari total prevalensi 55,8% dan kontrasepsi pria hanya sebesar 1,3%.

Sulawesi Selatan dengan masyarakatnya yang multi etnik dengan latar budaya yang berbeda senantiasa berpengaruh terhadap kesertaan ber-KB bagi pria. Struktur masyarakat yang cenderung patriarkhi menyebabkan peran-peran mereka lebih didominasi oleh kaum pria dimana peran-peran publik cenderung dilakukan pria sedangkan perempuan hanya melaksanakan peran-peran domestik. Hal itu tidak terlepas dari pemahaman kita bahwa gender lebih dipandang dalam konteks biologis (jenis kelamin) dan bukan sebagai konstruksi sosial. Perempuan dikodratkan sebagai ibu rumah tangga yang pekerjaannya hamil, melahirkan, mengasuh anak, merawat yang lemah dan tua, mengerjakan semua pekerjaan rumah tangga dan sebagainya. Sedangkan suami diharapkan melaksanakan peran-peran publik sebagai kepala rumah tangga, pencari nafkah, pemilik dan pengelola kepemilikan serta aktif dalam politik, agama, bisnis, dan pekerjaan (Kamla bhasin:2001).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa rendahnya partisipasi pria dalam KB disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: akses informasi KB pria terbatas termasuk didalamnya terbatasnya pilihan

metode kontrasepsi pria dan ketersediaan dukungan jaringan pelayanan KB pria serta rendahnya dukungan social budaya dari para tokoh agama dan tokoh masyarakat terhadap KB pria. (Gmapria, 2008).

Untuk mencapai kondisi seperti yang diharapkan diatas tidaklah mudah, perlu waktu. Meningkatkan kesertaan KB pria berarti merubah pengetahuan , sikap dan perilaku dari yang sebelumnya tidak atau belum mendukung KB menjadi mendukung danb mempraktekkan sebagai peserta. Mereka yang tadinya menganggap KB adalah urusan perempuan harus bergeser kea rah anggapan bahwa KB adalah urusan serta tanggung jawab suami dan istri.

Dengan peningkatan partisipasi pria diharapkan akan mampu mendorong peningkatan kualitas pelayanan KB dan kesehatan Reproduksi, peningkatan kesetaraan dan keadilan gender, peningkatan penghargaan terhadap Hak Asasi Manusia (HAM) dan berpengaruh positif menuju terciptanya Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera. (BKKBN:2004)

Di samping itu, peran Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam ikut mensukseskan upaya peningkatan partisipasi pria tidak boleh kita lihat dengan sepintas saja. Pada kenyataannya, Toga dan Toma berperan dalam mengajak para pria untuk menjadi peserta KB, dukungan mereka amat sangat penting dalam upaya peningkatanpeserta KB pria. Melalui para Toga dan Toma, diharapkan pria akan lebih mudah diajak untuk menjadi peserta KB. Khususnya pada lingkungan masyarakat pedesaan, peran Toga dan Toma tidak bisa diabaikan. Sifat kerukunan

yang masih kental dan rasa saling hormat menghormati akan sangat berperanan terhadap berbagai upaya untuk mengajak kaum pria agar secara sukarela menjadi peserta KB. (Gemapria, 2008)

Upaya mengajak para pria untuk menjadi peserta KB diawali dengan peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang berbagai masalah KB pria, jenis dan cara kontrasepsi pria, kelebihan maupun keterbatasannya. Untuk itu perlu dilakukan kegiatan promosi KB pria yang dilakukan secara berkelanjutan. Promosi KB pria tidak boleh berhenti, terus dilakukan pada setiap kesempatan.

B. Rumusan Masalah

Program KB sebagai salah satu program pembangunan yang dilaksanakan secara nasional dan menjangkau bahagian terbesar dari seluruh penduduk Indonesia. Namun pada kenyataannya pelaksanaan program KB selama ini lebih dibebankan kepada kaum perempuan, oleh karena itu sangat diharapkan semakin meningkatnya partisipasi KB pada pria. Strategi promosi kesehatan dalam hal ini meliputi 3 hal, yaitu: pemberdayaan, dukungan social, dan advokasi, diharapkan melalui pendekatan ini dapat lebih meningkatkan pelaksanaan program KB dalam hal ini peningkatan partisipasi KB pria.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah yang kemukakan adalah:

1. Strategi promosi kesehatan meningkatkan partisipasi KB pria” dari sudut pandangan gender.
2. Strategi promosi kesehatan maningkatkan partisipasi KB pria” dari sudut pandang penggunaan Alat kontrasepsi.
3. Strategi promosi kesehatan meningkatkan partisipasi KB pria” dari sudut pandang dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat.

C. Pertanyaan Penelitian

Untuk menjawab permasalahan yang dihadapi oleh BKKBN propinsi sulawesi selatan maka diajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana promosi kesehatan meningkatkan partisipas KB pria di BKKBN propinsi sulawesi selatan ditinjau dari permasalahan Gender?
2. Bagaimana promosi kesehatan meningkatkan partisipasi KB pria di BKKBN propinsi sulawesi ditinjau dari penggunaan alat kontrasepsi?
3. Bagaimana promosi kesehatan meningkatkan partisipasi KB pria di BKKBN propinsi sulawesi selatan ditinjau dari dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat?

D. Tujuan penelitian

Tujuan Umum

Untuk menganalisis pelaksanaan promosi kesehatan dalam peningkatan partisipasi KB pria di BKKBN propinsi sulawesi selatan.

Tujuan Khusus

1. Untuk menganalisis Strategi Promosi Kesehatan ditinjau dari permasalahan Gender dalam Peningkatan Partisipasi KB Pria di BKKBN Propinsi Sulawesi Selatan;
2. Untuk menganalisis Strategi Promosi Kesehatan ditinjau dari Penggunaan Alat Kontrasepsi dalam Peningkatan Partisipasi KB Pria di BKKBN Propinsi Sulawesi Selatan;
3. Untuk menganalisis Strategi Promosi Kesehatan ditinjau dari Dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan Partisipasi KB Pria di BKKBN Propinsi Sulawesi Selatan;

E. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan sebagai wahana untuk memperkaya khasanah Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya di bidang Keluarga Berencana.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu pengelolaan program Keluarga Berencana dalam merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan program sebagai bagian dari Program Keluarga Berencana.
3. Sebagai penerapan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan merupakan pengalaman yang berharga bagi peneliti karena menambah wawasan dan pengetahuan dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya terhadap Program Keluarga Berencana.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORITIS PROGRAM KB NASIONAL

1. Pengertian Keluarga Berencana

Pengertian Keluarga Berencana menurut Undang-undang RI No. 10 Tahun 1992 (*tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera*), adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Untuk mewujudkan pembangunan keluarga sejahtera pemerintah menetapkan kebijaksanaan dalam upaya penyelenggaraan Keluarga Berencana yaitu:

- a. Meningkatkan keterpaduan dan peran serta masyarakat, pembinaan keluarga dan pengaturan kelahiran dengan memperhatikan nilai-nilai agama, keserasian, keselarasan dari keseimbangan antara jumlah penduduk dengan daya tampung lingkungan, sosial ekonomi dan budaya serta tata nilai yang hidup di masyarakat.
- b. Penetapan jumlah anak ideal, jarak kelahiran anak, usia ideal perkawinan dan usia jadwal untuk melahirkan.

- c. Pengaturan kelahiran diselenggarakan dengan tata cara yang diterima oleh pasangan suami isteri sesuai dengan pilihannya, serta dengan pilihannya, serta dengan cara yang dapat dipertanggung jawabkan dari segi kesehatan, etika, dan agama yang dianut penduduk yang bersangkutan.

Keluarga Berencana menurut *International Conference On Population Development (ICPD)* adalah pengintegrasian faktor untuk meningkatkan kualitas penduduk, pengendalian jumlah dan laju pertumbuhan penduduk, memperbaiki kesejahteraan dan pemberdayaan lansia, dan memperbaiki pendidikan serta informasi dengan komitmen dari *Millenium Development Goals (MDG's)* adalah mengurangi kemiskinan dan kelaparan, menuntaskan pendidikan dasar, mempromosikan kesamaan gender, mengurangi angka kematian anak dan ibu, mengatasi HIV/AIDS dan berbagai penyakit lainnya, serta melestarikan lingkungan hidup. (BKKBN: 2005)

2. Visi, Misi, Tujuan serta Sasaran Program Keluarga Berencana

a. Visi

Visi pembangunan Keluarga Berencana diarahkan kepada terwujudnya “Keluarga Berkualitas Tahun 2005”, yang pada hakikatnya dimaksudkan untuk mewujudkan keluarga-keluarga Indonesia yang mempunyai anak ideal, sehat, berpendidikan, sejahtera, berketahanan dan terpenuhi hak-hak reproduksinya.

Yang dimaksud anak ideal adalah keluarga kecil yang mempunyai anak sesuai dengan potensi dan kemampuan keluarga serta memperhatikan kualitas anak agar menjadi SDM yang potensial di masa mendatang.

Keluarga sehat adalah keluarga yang tidak saja sehat jasmani, tetapi juga sehat secara rohani dan sosial, kesehatannya terjaga baik selalu menumbuhkan kebiasaan untuk memelihara kesehatan, menjaga kebersihan rumah dan lingkungan serta memperhatikan gizi keluarganya.

Keluarga berpendidikan berarti seluruh anggota keluarga mempunyai pendidikan yang maju pendidikan intelektual, emosional, maupu spiritual, sehingga mampu menyaring berbagai informasi sesuai dengan kebutuhan anggota keluarganya.

Pengertian Keluarga Sejahtera menurut Undang-undang No. 10 Tahun 1992 (*tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera*) didefinisikan sebagai keluarga yang dibentuk atas dasar perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, seimbang antaranggota dan antarkeluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

Keluarga berketahanan adalah keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan yang baik secara fisik materil maupun psikis mental spiritual, serta mampu mengembangkan diri dan

anggota keluarganya untuk hidup harmonis, sejahtera lahir dan batin.

Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya adalah keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan dalam ber-KB serta keluarga mendorong kaum perempuan dalam pengambilan keputusan.

b. Misi

Misi pembangunan Keluarga Berencana Nasional adalah:

1. Memberdayakan dan menggerakkan masyarakat untuk membangun keluarga kecil yang berkualitas.
2. Menggalang kemitraan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan, kemandirian dan ketahanan keluarga.
3. Meningkatkan kualitas Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi.
4. Meningkatkan upaya-upaya promosi, perlindungan dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi.
5. Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan dalam mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam pelaksanaan Program KB Nasional.
6. Mengembangkan pengembangan SDM potensial sejak pembuatan dalam kandungan sampai dengan lanjut.

7. Menyediakan data dan informasi keluarga berskala mikro untuk pengelolaan pembangunan khususnya upaya pemberdayaan keluarga miskin.
8. Penguatan kelembagaan dan jejaring KB.

c. Tujuan

Sejalan dengan visi BKKBN yang berperan dalam pembangunan keluarga berkualitas tahun 2015, secara umum tujuan yang ingin dicapai dalam kurun waktu lima tahun (2004-2009) adalah membangun kembali dan meletakkan pondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB Nasional yang kuat dimasa mendatang sehingga visi untuk mewujudkan Keluarga Berkualitas Tahun 2015 dapat tercapai.

d. Sasaran

Adapun sasaran Program Keluarga Berencana lima tahun kedepan seperti yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM 2004 – 2009) adalah sebagai berikut :

1. Menurunnya rata – rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi 1,147 per tahun.
2. Menurunnya angka kelahiran total / Total Fertility Rate (TFR) menjadi 2,2 per perempuan.
3. Menurunnya persentase Pasangan Usia Subur yang ingin ber KB namun belum terlayani (*unmeet need*) menjadi 6%.

4. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang efektif serta efisien.
5. Meningkatnya rata – rata usia kawin pertama perempuan menjadi 21 tahun.
6. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
7. Meningkatnya jumlah keluarga Pra sejahtera dan keluarga sejahtera I yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
8. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi.

3. Arah Kebijakan Program Pembangunan Keluarga Berencana

Untuk mencapai tujuan dan sasaran Program KB Nasional tersebut diatas, telah dirumuskan beberapa arah kebijakan dan program-program pembanguana KB yang akan dilaksanakan sebagai berikut :

Arah Kebijakan

Kebijakan pembangunan program KB Nasional diarahkan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk dan memantapkan terwujudnya keluarga kecil berkualitas, yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Mengendalikan tingkat kelahiran penduduk melalui upaya memaksimalkan akses dan pelayanan KB, dengan sasaran utama keluarga miskin, rentan, srta keluarga yang tinggal di daerah

terpencil. Untuk mencapai sasaran tersebut akan dilakukan peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang kesehatan reproduksi bagi pasangan usia subur, peningkatan kualitas penyediaan dan pemanfaatan alat dan obat kontrasepsi yang lebih efektif dan efisien untuk jangka panjang, serta melindungi peserta KB dari dampak negative penggunaan alat dan obat kontrasepsi.

2. Meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi remaja melalui upaya peningkatan pemahaman tentang kesehatan reproduksi, pendewasaan usia kawin pertama, dan penguatan institusi masyarakat dan pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja serta memberikan konseling tentang permasalahan remaja. Hal ini dimaksudkan agar kehidupan mereka adalah berkeluarga nanti akan lebih baik.
3. Meningkatkan pemberdayaan dan ketahanan keluarga melalui peningkatan kemampuan pengasuhan dan penumbuh kembangan anak, peningkatan pendapatan keluarga terutama bagi keluarga Pra sejahtera, serta upaya peningkatan kualitas lingkungan keluarga.
4. Memperkuat kelembagaan dan jejaring pelayanan KB bekerja sama dengan masyarakat luas, untuk mengendalikan jumlah dan laju pertumbuhan penduduk dan pembudayaan keluarga kecil berkualitas. (BKKBN : 2006).

B. Tinjauan Tentang Partisipasi

1. Pengertian Partisipasi

Pengertian tentang partisipasi secara formal adalah turut sertanya seseorang, baik secara mental maupun emosional untuk memberikan sumbangan kepada proses pembuatan keputusan mengenai persoalan dimana keterlibatan pribadi orang yang bersangkutan melaksanakan tanggung jawab untuk melakukannya (Talizuduhu. 1990 : 103).

Lebih jauh dijelaskan oleh Keith Davis dalam Sastropoetra (1998 :13) bahwa partisipasi didefinisikan sebagai keterlibatan mental/pikiran dan emosi/perasaan seseorang dan dalam situasi kelompok dalam usaha mencapai tujuan serta bertanggung jawab terhadap usaha yang bersangkutan.

Dengan kata lain, batasan dari partisipasi adalah keterlibatan komunitas setempat secara aktif dalam pengambilan keputusan atau pelaksanaannya terhadap proyek-proyek pembangunan. (Alastraire dalam Sastropoetra, 1988 : 33)

Selanjutnya, Korten dalam Khadiyanto (2007 : 28-29) mendefinisikan partisipasi sebagai suatu tindakan yang mendasar untuk bekerjasama yang memerlukan waktu dan usaha, agar menjadi mantap dan hanya berhasil baik dan terus maju apabila ada kepercayaan. Dengan kata lain, Poerbakawatja (1976 : 209) memberikan batasan partisipasi sebagai suatu gejala demokrasi

dimana orang diikutsertakan dalam perencanaan suatu pelaksanaan dari gejala sesuatu yang berpusat pada kepentingannya dan juga ikut memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan tingkat kewajibannya.

Lain halnya dengan definisi partisipasi menurut Suherlan dalam Khadiyanto (2007 : 29). Menurutnya, partisipasi diartikan sebagai dana yang dapat disediakan atau dapat dihemat sebagai sumbangan kontribusi masyarakat pada proyek-proyek pemerintah. Selain itu, partisipasi juga diartikan keterlibatan masyarakat dalam penentuan arah, strategi dan kebijakan pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah serta keterlibatan masyarakat dalam memikul dan memetik hasil atau manfaat pembangunan.

Dari beberapa pengertian partisipasi di atas, Khadiyanto (2007 :31) merumuskan bahwa partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan / pelibatan masyarakat dalam kegiatan pelaksanaan pembangunan dan merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan serta mampu untuk meningkatkan kemampuan untuk menanggapi, baik secara langsung maupun tidak langsung sejak dari gagasan, perumusan kebijaksanaan hingga pelaksanaan program.

2. Tingkat Partisipasi Masyarakat

Dalam makalahnya yang berjudul “ *A Leader of Citizen Participation*” dalam *Journal of the American Planning Association*

(1969), Sherry Arstein mengemukakan delapan tangga atau tingkatan partisipasi. Kedelapan tingkatan tersebut adalah sebagai berikut :

a. *Manipulation*

Dengan mengatasnamakan partisipasi, masyarakat diikutkan sebagai 'stempel karet' dalam badan penasihat. Tujuannya adalah untuk dipakai formalitas semata dan untuk dimanfaatkan dukungannya. Tingkat ini bukanlah tingkat partisipasi masyarakat yang murni, karena telah diselewengkan dan dipakai sebagai alat publikasi oleh pihak penguasa.

b. *Therapy*

Pada tingkat *Therapy* atau pengobatan ini, pemegang kekuasaan sama dengan ahli kesehatan jiwa. Mereka menganggap ketidakberdayaan sebagai penyakit mental. Dengan berpura-pura mengikutsertakan masyarakat dalam suatu perencanaan, mereka sebenarnya menganggap masyarakat sebagai sekelompok orang yang memerlukan pengobatan. Meskipun masyarakat dilibatkan dalam berbagai kegiatan, namun pada dasarnya kegiatan tersebut bertujuan untuk menghilangkan lukanya dan bukannya menemukan penyebab lukanya.

c. *Informing*

Dengan member informasi kepada masyarakat akan hak, tanggung jawab dan pilihan mereka merupakan langkah awal yang sangat penting dalam pelaksanaan partisipasi masyarakat. Namun

acapkali pemberian informasi dari penguasa kepada masyarakat tersebut bersifat satu arah. Masyarakat tidak memiliki kesempatan untuk memberikan umpan balik dan tidak memiliki kekuatan untuk negosiasi. Apalagi ketika informasi disampaikan pada akhir perencanaan, masyarakat hanya memiliki sedikit kesempatan untuk mempengaruhi program. Komunikasi satu arah ini biasanya dengan menggunakan media pemberitaan, pamphlet da poster.

d. *Consultation*

Meminta pendapat masyarakat merupakan suatu langkah logis menuju partisipasi penuh. Namun konsultan ini masih merupakan partisipasi semu karena tidak ada jaminan bahwa pendapat mereka akan diperhatikan. Cara yang sering digunakan dalam tingktat ini adalah jejak pendapat, pertemuan warga dan dengar pendapat. Jika pemegang kekuasaan membatasi usulan masyarakat, maka kegiatan tersebut hanyalah merupakan suatu partisipasi palsu. Masyarakat pada dasarnya hanya dianggap sebagai abstraksi statistic, karena partisipasi hanya diukur dari frekuensi kehadiran dalam pertemuan, seberapa banyak brosur yang dibawa pulang dan juga dari seberapa banyak kusioner dijawab. Dengan demikian, pemegang kekuasaan telah merasa memiliki bukti bahwa mereka telah mengikuti rangkaian pelibatan masyarakat.

e. *Placation*

Pada tingkat ini masyarakat sudah memiliki beberapa pengaruh meskipun dalam beberapa hal pengaruh tersebut tidak memiliki jaminan akan diperhatikan. Masyarakat memang diperbolehkan untuk memberikan masukan atau mengusulkan rencana tetapi pemegang kekuasaanlah yang berwenang untuk menentukan. Salah satu strateginya adalah dengan memilih masyarakat miskin yang layak untuk dimasukkan ke dalam suatu lembaga. Jika mereka tidak bertanggung jawab dan jika pemegang kekuasaan memiliki mayoritas kursi, maka mereka akan mudah dikalahkan dan diakali.

f. *Partnership*

Pada tingkat ini. Kekuasaan disalurkan melalui negosiasi antara pemegang kekuasaan dan masyarakat. Mereka sepakat untuk sama-sama memikul tanggung jawab dalam perencanaan dan pengambilan keputusan. Aturan ditentukan dengan melalui mekanisme *take* dan *give*, sehingga diharapkan tidak mengalami perubahan secara sepihak. *Partnership* dapat berjalan efektif bila dalam masyarakat ada kekuasaan yang terorganisir, pemimpinnya bertanggung jawab, masyarakat mampu membayar honor yang cukup bagi pemimpinnya serta adanya sumber dana untuk menyewa teknisi, masyarakat benar-benar memiliki posisi tawar-menawar yang tinggi, sehingga akan mampu mempengaruhi suatu perencanaan.

g. *Delegated Power*

Negosiasi antara masyarakat dengan pejabat pemerintah biasa mengakibatkan terjadinya dominasi kewenangan pada masyarakat terhadap rencana atau program tertentu. Pada tingkat ini masyarakat menduduki mayoritas kursi, sehingga memiliki kekuasaan dalam menentukan suatu keputusan. Selain itu, masyarakat juga memegang peranan penting dalam menjamin akuntabilitas program tersebut. Untuk mengatasi perbedaan, pemegang kekuasaan tidak perlu meresponnya tetapi dengan mengadakan proses tawar menawar.

h. *Citizen Control*

Pada tingkat ini, masyarakat menginginkan adanya jaminan bahwa kewenangan untuk mengatur program atau kelembagaan diberikan kepada mereka aspek-aspek manajerial dan biasa mengadakan negosiasi apabila ada pihak ketiga akan mengadakan perubahan. Dengan demikian, masyarakat dapat berhubungan langsung dengan sumber-sumber dana untuk memperoleh bantuan atau pinjaman tanpa melewati pihak ketiga.

Dari kedelapan tangga tersebut, Arstein mengelompokkan lagi menjadi tiga tingkat, yaitu:

- a) *Nonparticipation*
- b) *Degree of tokenism* dan
- c) *Degree of Citizen Power*

Tingkat *nonparticipation* adalah tingkat partisipasi yang bukan dalam arti sesungguhnya. Tingkat ini terdiri dari jenjang terbawah dari tangga tersebut yaitu tingkat pertama (*manipulation*) dan tingkat kedua (*Therapy*). Tingkat *Tokenism*, yaitu tingkat partisipasi yang tidak serius, terdiri tiga jenjang yaitu tingkat ketiga (*infoming*), tingkat keempat (*consultation*) dan tingkat kelima (*placation*). Selanjutnya tingkat ke 6 (*partnership*), tingkat ke 7 (*delegated power*) dan tingkatan ke 8 (*citizen control*) masuk dalam tingkatan *Degree of Citizen Power*, atau tingkat dimana masyarakat telah memiliki kekuasaan.

Pendapat lain diusulkan oleh Club Du Sahel dalam Khadiyanto (2007 :59-61). Menurutnya, terdapat pendekatan – pendekatan untuk memajukan partisipasi masyarakat dengan terlebih dahulu mengetahui tingkatan partisipasi. Tingkatan tersebut adalah sebagai berikut :

a. Partisipasi pasif, Pelatihan dan Informasi

Partisipasi ini merupakan tipe komunikasi satu arah seperti arah antara guru dan muridnya.

b. Sesi Partisipasi Aktif

Partisipasi ini merupakan dialog dan komunikasi dua arah dengan memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk berinteraksi dengan petugas penyuluhan dan pelatihan liar.

c. Partisipasi dengan keterkaitan

Masyarakat setempat baik pribadi maupun kelompok diberi pilihan untuk bertanggung jawab atas setiap kegiatan masyarakat maupun proyek.

d. Partisipasi atas permintaan setempat

Kegiatan proyek lebih berfokus pada menjawab kebutuhan masyarakat setempat, bukan kebutuhan yang dirancang dan disuarakan oleh orang luar.

C. Tinjauan Tentang Promosi Kesehatan

1. Pengertian

Istilah Promosi Kesehatan sesungguhnya merupakan redefinisi dari pendidikan kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat yang dianggap mampu mengakomodir kompleksitas masalah kesehatan yang ada. Definisi umum yang menjadi acuan utama sebagaimana yang didefinisikan oleh World Health Organization (WHO, 1986) *“Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social, well being an individual or group must be able to identify and realize aspirations to satisfy needs, and to change cope with the environment”*. Promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka

masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. (Soekidjo, 2003).

Batasan lain dikemukakan oleh Australian Health Foundation mengatakan *“Health promotion is programs are design to bring about change eithin people, organization, communities, and their environment”* hal ini berarti promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan) baik didalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Berdasarkan pada dua pengertian diatas Promosi kesehatan merupakan mainstream pembangunan kesehatan, hal ini dikarenakan promosi kesehatan menekankan kesadaran kemandirian untuk hidup sehat pada masyarakat dengan pendekatan yang komprehensif.

Promosi Kesehatan mencakup pendidikan kesehatan, karena esensi kesehatan adalah pemberdayaan masyarakat. Sedangkan pemberdayaan adalah upaya untuk membuat kemandirian masyarakat sehingga mampu memelihara danmeningkatkan kesehatannya sendiri. Untuk itu tentu diperlukan upaya untuk merubah, menumbuhkan atau mengembangkan perilaku positif, dan hal tersebut merupakan kajian pendidikan kesehatan.

Promosi kesehatan juga mencakup Penyuluhan Kesehatan, karena dalam rangka pemberdayaan, tentu diperlukan upaya untuk

meningkatkan pengetahuan dan kesadaran, disamping pengetahuan sikap dan perbuatan. Untuk itu tentu diperlukan upaya penyediaan dan penyampaian informasi, yang merupakan bidang garapan penyuluhan kesehatan. Makna asli penyuluhan sendiri adalah pemberian penerangan dan informasi.

Promosi Kesehatan juga sejalan dengan Komunikasi, Informasi dan Edukasi. Hal itu karena untuk melakukan pemberdayaan masyarakat tentu diperlukan upaya untuk membuka jalur komunikasi, yang selanjutnya diisi dengan penyampaian dan dimantapkan dengan edukasi. Promosi Kesehatan juga menampung aspirasi pemasaran social, karena promosi juga berarti mengenalkan produk (yaitu perilaku hidup sehat) secara luas kepada masyarakat sehingga mereka dapat menerima dan memanfaatkannya (mempraktekkannya) dalam kehidupan sehari-hari.

Promosi Kesehatan juga mengandung pengertian mobilisasi social, karena dalam promosi kesehatan diperlukan adanya advokasi kebijakan sehingga kebijakan yang ada dapat memberikan dukungan bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat ini merupakan "*law enforcement*" yang dapat "memaksa" atau memobilisasi masyarakat untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu. Selain itu pembentukan opini public yang merupakan salah satu upaya promosi kesehatan juga dapat diartikan sebagai upaya memobilisasi masyarakat untuk memilih perilaku hidup sehat.

Dengan demikian Promosi kesehatan adalah proses memberdayakan/memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan sehat (Depkes RI. 2000).

Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya untuk memotifasi, mendorong dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Disamping itu, promosi kesehatan juga mencakup berbagai aspek khususnya yang berkaitan dengan aspek lingkungan atau suasana yang mempengaruhi perkembangan perilaku yang berkaitan dengan aspek social budaya, pendidikan, ekonomi, politik dan pertahanan keamanan.

Paradigma Pembangunan kesehatan yang menekankan upaya promotif dan preventif sebagai mainstream program kesehatan merupakan sebuah pergeseran paradigma yang signifikan akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut disebabkan pendekatan promotif lebih berorientasi untuk meningkatkan kesadaran untuk membentuk dan membangun masyarakat yang sehat secara mandiri dengan memanfaatkan potensi lokal masyarakat sendiri, hal ini berarti kemampuan masyarakat untuk mengelolah masalahnya adalah menjadi sangat penting dengan pendekatan dan strategi promosi

kesehatan berupa advokasi, kemitraan, dan pemberdayaan masyarakat (The Ottawa Chartet, 1986).

Dalam upaya kesehatan promotif dan preventif, peningkatan derajat kesehatan melalui upaya promosi kesehatan diharapkan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kondisi kesehatan masyarakat, kendatipun demikian upaya promosi kesehatan yang meliputi advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan masyarakat telah dilakukan namun hasil yang diperoleh justru belum menunjukkan hasil yang maksimal. Hal ini masih berhubungan dengan tingkat akurasi dan kebutuhan masyarakat terhadap program yang dilakukan.

Pendekatan promotif yang ditekankan dalam pembangunan kesehatan 2010 oleh Direktorat Jenderal Promosi Kesehatan Republik Indonesia meliputi beberapa program dan strategi, antara lain advokasi, kemitraan, dan pemberdayaan masyarakat, sedangkan program yang dicanangkan tercakup dalam program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti Kesehatan Reproduksi, Gizi, Pelayanan Kesehatan prima, Perilaku dan gaya hidup.

Konsep promosi kesehatan, individu dan masyarakat bukan hanya menjadi objek yang pasif (sasaran) tetapi juga subjek (pelaku). Dalam konsep tersebut masalah kesehatan bukan hanya menjadi urusan sektor kesehatan tetapi juga termasuk urusan swasta dan dunia usaha yang dilakukan dengan pendekatan kemitraan. Dengan

demikian kesehatan adalah upaya dari, oleh dan untuk masyarakat yang diwujudkan salah satunya dalam Program Keluarga Berencana.

Promosi Kesehatan berada pada posisi yang penting, hal ini terlihat dari ruang lingkup promosi kesehatan menurut Dachroni (2003), ruang lingkup promosi kesehatan antara lain:

- a. Penyuluhan (*Komunikasi Informasi*) dimana penyuluhan ini merupakan bentuk intervensi yang dilakukan kepada masyarakat untuk mempengaruhi pengetahuan terutama tentang kesehatan yang dilakukan melalui komunikasi yang efektif serta penyampaian informasi-informasi kesehatan yang menunjang perubahan perilaku kesehatan subyek.
- b. Pendidikan kesehatan (*Perubahan perilaku*), dalam kerangka normatif L. W. Green dalam *Dachroni 2003*, pakar dari University of British Columbia, memberikan defenisi yang cukup jelas yang membedakan pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan, dimana pendidikan kesehatan merupakan berbagai kombinasi dari kegiatan perencanaan dan rancangan materil (*intervensi*) untuk mendorong adaptasi sukarela dari perilaku kesehatan yang diharapkan (*conclusive*). Sementara promosi kesehatan adalah berbagai kombinasi pendidikan pengorganisasian, kebijakan dan regulasi untuk perubahan perilaku dan lingkungan yang diharapkan.

- c. Pengorganisasian, Pemberdayaan, Penggerakan Masyarakat (*Community, Development, Community Organization*). Lingkup ini merangsang masyarakat untuk dapat memandirikan diri mereka sendiri dan tidak mendapatkan intervensi sepenuhnya dari pemerintah. Melalui pengorganisasian, penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dapat mengenal, menganalisis dan mengatasi masalah di lingkungannya sehingga ketergantungan yang selama ini terlihat tidak nampak lagi tergambar di masyarakat.
- d. Kebijakan kesehatan, Promosi kesehatan sebagai pemegang kunci peningkatan derajat kesehatan masyarakat diharapkan mampu menetapkan berbagai peraturan dan kebijakan yang mendukung upaya promotif dan preventif terutama dalam hal pembiayaan kesehatan dan pendistribusian tenaga kesehatan yang mendukung upaya tersebut di atas. Karena orientasi Promotif dan Preventif tidak lagi mengacu pada pembangunan fisik sarana kesehatan dan mengedepankan upaya kuratif tetapi pergeseran ini membuat sumber daya menjadi paling utama perubahan status, derajat dan persepsi kesehatan masyarakat.
- e. *Sosial Marketing*, hal ini sementara didengung-dengungkan dan dianggap paling efektif untuk sementara dimana terus menerus melakukan kampanye dan sosialisasi kepada seluruh lapisan, masyarakat dan seluruh sektor untuk merangsang pola pikir semua

elemen bahwa kesehatan bukan hanya masalah pemerintah, tetapi juga masalah kita semua.

- f. Perlindungan terhadap ancaman penyakit (*Disability Protect*), upaya untuk mempertegas pencegahan secara langsung misalnya imunisasi dan lain-lain.
- g. Upaya peningkatan (Promotif), serta mencegah resiko terjadinya penyakit (*disability preventif*) merupakan isu utama dalam kampanye promosi kesehatan upaya ini dapat dilakukan terutama dalam perubahan pada pengetahuan, sikap dan tindakan.
- h. Promosi kesehatan sebagai kombinasi terencana dan mekanisme pendidikan, politik, lingkungan, peraturan, maupun mekanisme organisasi yang mendukung tindakan dan kondisi kehidupan yang kondusif untuk kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang didukung oleh sumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat, dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. (Muninjaya, 2004)
- i. Berdasarkan pendapat Green (1980), dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan determinan penting dari perilaku hidup sehat masyarakat. Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab mengapa seseorang melakukan perilaku tertentu,

yaitu: (1) Faktor pemungkin atau *predisposing factor*, sebagai faktor pemicu perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi teraksana; (2) Faktor pemudah atau *reinforcing factor*, adalah faktor dasar atau motivasi bagi perilaku, misalnya pengetahuan, sikap, keyakinan dan nilai yang dimiliki seseorang; (3) Faktor pengat atau *Enabling factor*, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang dipercaya oleh masyarakat.

Salah satu persiapan untuk mengajak masyarakat untuk hidup sehat adalah kemampuan masyarakat memahami arti hidup sehat sebagai hasil perpaduan yang dikembangkan dari konsep hidup sehat secara modern dan tradisional. Umumnya landasan utama pemikiran mereka hidup sehat tidak dapat dipisahkan dengan sakit, obat dan pengobatan menuju sehat. Hidup sehat dapat diwujudkan dimana-mana dan merupakan bukti bahwa program berbasis promosi kesehatan merupakan program yang layak dan dapat diandalkan (Ngatimin, 2005)

2. Strategi Promosi Kesehatan

a. Advokasi

Advokasi kesehatan, yaitu pendekatan kepada para pemimpin atau perlindungan pada upaya kesehatan (Depkes, 2010). Menurut para ahli retorika Foss dan Foss et All 1980, Toulmin 1981 (Fatma Saleh 2004), advokasi suatu upaya persuasif yang mencakup

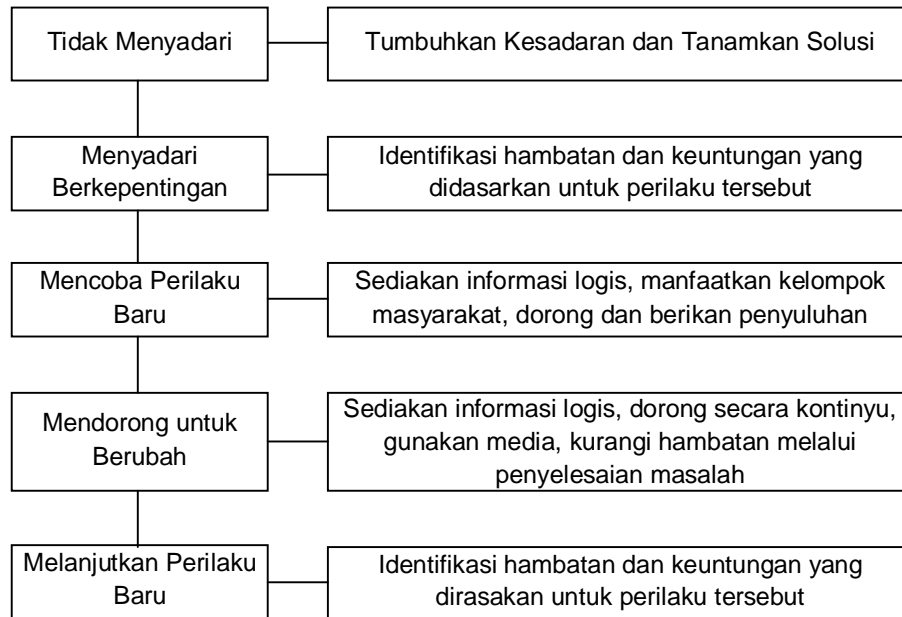
kegiatan-kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu.

Dari literatur-literatur ilmu komunikasi (*Habermas, Foucault*), secara implisit diperoleh gambaran tentang perlunya melakukan kegiatan advokasi sebagai salah satu bentuk tindakan komunikasi sosial (*social communicative action*), dalam pembebasan diri dari bentuk dominasi (*self conscientiousness*).

Organisasi non pemerintah (Omop) mendefinisikan advokasi sebagai upaya penyadaran kelompok masyarakat marjinal yang sering dilanggar hak-haknya (hukum dan azas). Yang dilakukan dengan kampanye guna membentuk opini publik dan pendidikan masa lewat aksi kelas (*class action*) atau unjuk rasa.

Berdasarkan berbagai definisi tersebut advokasi dapat kadang didefinisikan melalui tujuannya, penerapannya, pendekatannya, atau berdasarkan sasarannya, karena itu dipandang perlu untuk mencoba menjelaskan konsep tersebut secara komprehensif sebagai berikut: Proses penciptaan dukungan, membangun konsensus membantu perkembangan suatu iklim yang menyenangkan dan suatu lingkungan yang jujur terhadap suatu sebab atau isu tertentu, melalui serangkaian tindakan yang direncanakan dan diorganisir secara baik yang dijalankan oleh sekelompok individu atau organisasi-organisasi yang bekerja secara bersama-sama.

1) Skema Strategi Advokasi untuk mendorong Perubahan



Gambar 1. Skema Strategi Advokasi (*Fakih, Mansur, 2001*)

a) Prinsip-prinsip Advokasi

Tujuan utama advokasi adalah *to encourage public policies that are supportive to Health*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerima sosial, dan adanya sistem yang mendukung terhadap suatu program atau kegiatan.

b) Tujuan Advokasi

(1) Komitmen Politik

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di tingkat dan di sektor manapun sangat diperlukan terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan masalah kesehatan. Pembangunan nasional tidak lepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan. Oleh sebab itu, pembangunan di sektor kegiatan juga tidak terlepas dari kondisi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif di negara manapun ditentukan oleh proses politik, terutama hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau.

(2) Dukungan Kebijakan (*Policy Support*)

Dukungan konkret yang diberikan oleh para pemimpin institusi di semua tingkat dan di semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sektor kesehatan. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang-undang, peraturan daerah, surat keputusan pemimpin institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau surat edaran dari para pemimpin lembaga/institusi, dsb.

(3) Dukungan Masyarakat (*Social Acceptance*)

Dukungan masyarakat berarti diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apapun

hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu, apabila suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat. Untuk petugas kesehatan tingkat distrik, pejabat lintas sektoral di tingkat distrik, dsb. Sedangkan sasaran advokasi petugas puskesmas adalah kepala wilayah kecamatan, pejabat lintas sektoral tingkat sub distrik, para tokoh masyarakat setempat, dsb.

(4) Dukungan Sistim (*System Support*)

Agar suatu program atau kegiatan berjalan dengan baik, perlu adanya sistem, mekanisme atau prosedur kerja yang jelas yang mendukungnya. Oleh sebab itu, sistem kerja atau organisasi kerja yang melibatkan kesehatan perlu dikembangkan mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya pun harus bersama-sama dengan sektor lain.

c) Kegiatan-kegiatan Advokasi

(1) Lobi Politik (*Political Lobbying*)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menghimpun masukan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan.

(2) Seminar atau Presentase

Seminar atau presentase yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya.

(3) Media

Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Melalui media cetak maupun media elektronik, permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat, dsb.

(4) Perkumpulan (Asosiasi) Peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah juga merupakan bentuk advokasi. Contoh kelompok masyarakat peduli AIDS adalah

kumpulan orang-orang yang peduli terhadap masalah HIV/AIDS yang melanda masyarakat.

d) Argumentasi untuk Advokasi

Beberapa hal yang memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi.

(1) Meyakinkan (*credible*)

Program yang kita tawarkan atau ajukan itu harus meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan. Agar program tersebut dapat meyakinkan harus didukung dengan data dan sumber yang dapat dipercaya.

(2) Layak (*feasible*)

Program yang diajukan tersebut, baik secara teknik, politik, maupun ekonomi, dimungkinkan atau layak. Layak secara teknik, artinya program tersebut dapat dilaksanakan, petugas mempunyai kemampuan yang cukup, sarana dan prasarana pendukung yang tersedia. Layak secara politik artinya program tersebut tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Sedangkan layak secara ekonomi artinya didukung oleh dana yang cukup, dan apabila program tersebut adalah program pelayanan, masyarakat mampu membayarnya.

(3) Relevan (*relevant*)

Program yang diajukan tersebut paling tidak harus mencakup dua kriteria, yakni: memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat.

(4) Penting (*Urgent*)

Program yang diajukan tersebut harus mempunyai urgensi yang tinggi dan segera dilaksanakan, kalau tidak akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi. Oleh sebab itu, program alternatif yang diajukan adalah yang paling baik diantara alternatif-alternatif yang lain.

(5) Prioritas Tinggi (*High Priority*)

Program yang diajukan tersebut harus mempunyai prioritas yang tinggi. Agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut mempunyai prioritas tinggi, diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalah sendiri, maupun terhadap alternatif pemecahan masalah atau program yang diajukan.

e) Komunikasi dalam Advokasi

Untuk menghasilkan komunikasi yang efektif diperlukan pra kondisi antara lain sbb:

(1) Interaksi Interpersonal

Interaksi interpersonal adalah daya tarik seseorang atau sikap positif pada seseorang yang memudahkan orang lain

untuk berhubungan atau berkomunikasi dengannya. Interaksi interpersonal ini ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain sbb:

- (a) Daya Tarik. Tiap orang mempunyai daya tarik yang berbeda satu sama lain. Daya tarik ini sangat ditentukan oleh sikap dan perilaku orang terhadap orang lain.
- (b) Percaya Diri. Percaya diri bukan berarti sombong, melainkan suatu perasaan bahwa ia mempunyai kemampuan atau menguasai ilmu atau pengalaman di bidangnya.
- (c) Kemampuan. Hal ini berkaitan dengan percaya diri. Orang yang mampu melakukan tugas-tugasnya, ia akan lebih percaya diri.
- (d) Familiar. Petugas kesehatan yang sering muncul atau hadir dalam event tertentu, misal: rapat, pertemuan informal, seminar dan sebagainya.
- (e) Kedekatan (*Roximity*). Menjalin hubungan baik atau kekeluargaan dengan para pejabat atau keluarga pejabat setempat adalah faktor yang penting untuk melakukan advokasi.

(2) Perhatian

Berdasarkan teori psikologis ada dua faktor yang mempengaruhi perhatian seseorang, yakni faktor internal

dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri orang itu sendiri, yang terdiri atas faktor biologis (biologis seks) dan faktor sosial psikologis (pengetahuan, sikap, motivasi, kebiasaan, kemauan, kebutuhan, dsb).

(3) Intensitas Komunikasi

Pesan atau informasi yang akan disampaikan melalui proses komunikasi advokasi adalah program-program kesehatan yang akan dimintakan komitmen atau dukungannya dari para pembuat keputusan tersebut. Dalam komunikasi, pesan adalah faktor eksternal yang menarik perhatian komunikan (penerima pesan). Hal-hal yang menarik perhatian biasanya adalah suatu yang menonjol tahu dari apa yang lain.

(4) Visualisasi

Informasi atau pesan yang menarik atau perlu divisualisasikan dalam media, khususnya media interversional. Media yang paling efektif dalam rangka komunikasi advokasi adalah *flip chard*, booklet, slide atau video cassette. Pesan tersebut didasari fakta-fakta yang diilustrasikan mengenai grafik, tabel, gambar atau foto.

(5) Indikator Hasil Advokasi

Advokasi adalah suatu kegiatan yang diharapkan akan menghasilkan suatu produk, yakni adanya komitmen politik

dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Advokasi sebagai suatu kegiatan, sudah barang tentu mempunyai masukan (input) proses keluaran (output).

(a) Input

Input untuk kegiatan advokasi yang paling utama adaah orang (*man*) yang akan melakukan advokasi (advokator) dan bahan-bahan (*material*) yakni data atau informasi yang membantu atau mendukung argumen dalam advokasi. Indikator untuk mengevaluasi kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan advokasi sebagai input antara lain:

- i. Beberapa kali petugas kesehatan, terutama para pejabat, telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang komunikasi, advokasi atau pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pengembangan kemampuan hubungan antar manusia.
- ii. Sebagai institusi, dinas kesehatan, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten, juga mempunyai kewajiban untuk memfasilitasi para petugas kesehatan dengan kemampuan advokasi melalui pelatihan-pelatihan.

- iii. Di samping input sumber daya manusia, evidence merupakan input yang sangat penting. Hasil-hasil studi, hasil survailans atau laporan-laporan yang menghasilkan data, diolah menjadi informasi, dan dianalisis menjadi avidance. Evidence inilah yang kemudian dikemas dalam rangka khususnya media interpersonal dan digunakan sebagai alat bantu untuk memperkuat argumentasi kita kepada para pengambil keputusan atau penentu kebijakan yang mendukung program kita.

(b) Proses

Proses advokasi adalah kegiatan melakukan advokasi, oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokasi tersebut, dengan demikian maka indikator proses advokasi antara lain:

- i. Beberapa kali melakukan lobi dalam rangka memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan terhadap program terkait dengan kesehatan.
- ii. Beberapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program-program pembangunan termasuk program kesehatan di daerahnya.

- iii. Beberapa kali seminar atau lokalnya tentang masalah dan program kesehatan diadakan, dan mengundang sektor pembangunan yang terkait kesehatan.
- iv. Beberapa kali pejabat menghadiri seminar dan lokalnya yang diadakan oleh sektor lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan kesehatan.
- v. Seberapa sering media lokal termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan atau pembangunan yang terkait dengan masalah kesehatan.

(c) Output

Indikator output dalam bentuk perangkat lunak, adalah peraturan-peraturan atau undang-undang sebagai bentuk kebijakan atau perwujudan dari komitmen politik terhadap program-program kesehatan, misalnya:

- i. Undang-undang
- ii. Peraturan pemerintah
- iii. Keputusan presiden
- iv. Keputusan menteri atau dirjen
- v. Peraturan daerah
- vi. Surat keputusan gubernur, bupati, atau camat, dst.

Sedangkan indikator output dalam bentuk perangkat keras antara lain:

- i. Meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan.
- ii. Tersedianya atau dibangunnya fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dsb.
- iii. Dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga, atau jamban umum, tempat sampah, dsb.
- iv. Dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik, dsb.

b. Dukungan Sosial

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (tomas), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tomas pada dasarnya adalah mensosialisasikan program-program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai

upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan.

Pada masyarakat yang masih paternalistik seperti Indonesia ini, tokoh masyarakat dan tokoh agama merupakan panutan perilaku masyarakat yang signifikan. Oleh sebab itu, apabila tokoh dan tokoh sudah mempunyai perilaku sehat, akan mudah ditiru oleh anggota masyarakat yang lain. Bentuk kegiatan nasional seperti ini antara lain: pelatihan-pelatihan para tokoh, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh, dsb. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat (sasaran sekunder).

Dalam lingkup yang lebih luas dalam pembangunan di bidang kesehatan, dimana kesehatan tersebut menjadi sesuatu yang kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor baik faktor internal (perilaku dan hereditas) maupun faktor eksternal (lingkungan). Oleh karena itu masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama setiap individu, masyarakat pemerintah, dan swasta. Dengan kata lain sektor kesehatan hendaknya dalam strategi dukungan sosial hendaknya menjalin kerjasama atau kemitraan dengan sektor-sektor terkait.

Kemitraan adalah upaya untuk melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintahan maupun bukan pemerintah, untuk bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan prinsip dan peranan masing-

masing. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing anggota, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi (*sharing*) baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Dari batasan ini terdapat 3 kata kunci dalam kemitraan, yakni:

- a) Kerjasama antara kelompok, organisasi individu.
- b) Bersama-sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama).
- c) Saling menanggung risiko dan keuntungan.

1) Persyaratan kemitraan:

- a) Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan

Dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatu masalah, kemitraan tidak akan terjadi. Hal ini dapat diwujudkan dengan berbagai upaya, misalnya upaya informasi dan advokasi kepada sektor-sektor lain yang ingin diajak bermitra.

- b) Saling mempercayai dan saling menghormati

Kepercayaan (*trust*) adalah modal dasar bagi setiap relasi atau hubungan antarmanusia. Apabila seseorang tidak mempercayai orang lain, maka tidak akan terjadi hubungan yang baik di

antara mereka. Demikian juga kemitraan akan terjadi apabila diantara mitra saling mempercayai dan menghormati.

c) Harus saling menyadari pentingnya arti kemitraan

Kemitraan bukanlah sekedar untuk mencari dukungan dana, melainkan yang lebih penting adalah untuk mewujudkan kebersamaan antara anggota atau mitra untuk menghasilkan sesuatu untuk menuju ke arah perbaikan kesejahteraan masyarakat. Sehingga, perlu untuk menumbuhkan kesadaran pentingnya arti kemitraan bagi para mitra yang dapat dilakukan baik melalui informasi maupun advokasi kepada para mitra atau calon mitra.

d) Harus ada kesepakatan visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai yang sama

Dalam membangun kemitraan, maka masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai visi, misi, tujuan, dan nilai-nilai yang sama tentang bidang atau masalah yang akan dimitrakan. Dengan adanya visi dan misi yang sama maka akan memudahkan timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi suatu masalah bersama. Memiliki kebutuhan yang sama adalah merupakan landasan yang kuat untuk membina dan mengembangkan kemitraan. Komitmen ini harus dimiliki oleh semua tingkatan organisasi yang bermitra.

e) Harus berpijak pada landasan yang sama

Dalam kemitraan, masing-masing anggota atau mitra harus mempunyai pemahaman yang sama mengenai suatu masalah yang akan dimitrakan. Meskipun masalah tersebut tidak berkaitan dengan bidang dari sektor yang diajak bermitra. Misalnya, dalam bidang kesehatan, sektor kesehatan harus mampu meyakinkan mitra yang lain bahwa meskipun kesehatan bukan segala-galanya, namun tanpa kesehatan semua tidak ada artinya (*health is not everything, but without health everthing is nothing*).

f) Kesiediaan untuk berkorban

Dalam membangun kemitraan untuk mencapai tujuan bersama sudah pasti memerlukan sumber daya, baik tenaga, dana, dan sarana. Sumber daya ini dapat berasal dari masing-masing mitra, tetapi juga dapat diupayakan bersama. Dengan demikian, diperlukan pengorbanan dari masing-masing anggota atau mitra. Pengorbanan ini dapat dipahami oleh semua anggota yang terjalin dalam kemitraan.

2) Landasan kemitraan

Dalam membangun kemitraan perlu dilandasi dengan “tujuh (7) saling”, yakni:

a) Saling memahami kedudukan, tugas, dan fungsi masing-masing (*structure*)

Kemitraan adalah suatu organisasi jejaring kerja yang masing-masing anggota mempunyai peran dan fungsi yang berbeda. Hal tersebut harus dipahami oleh semua anggota, agar tidak timbul kesan bahwa anggota yang satu diperintah/di bawah anggota yang lain.

- b) Saling memahami kemampuan masing-masing anggota (*capacity*)

Perlu disadari bahwa kemampuan dalam kesetaraan. Sehingga, apabila dalam kemitraan diperlukan kontribusi dari masing-masing anggota, maka kontribusi tersebut akan menimbulkan perbedaan kuantitas maupun kualitasnya. Hal ini wajar karena prinsip kemitraan adalah “mengambil bagian” dalam setiap upaya mencapai tujuan bersama, sesuai dengan kemampuan masing-masing anggota.

- c) Saling menghubungi (*linkage*)

Dalam kemitraan, diperlukan komunikasi yang efektif diantara anggota atau mitra. Karena, tidak berjalannya suatu organisasi kadangkala disebabkan oleh tersumbatnya saluran komunikasi di antara anggota. Salah satu saluran komunikasi di antara mitra adalah dengan adanya pertemuan atau rapat rutin kemitraan.

- d) Saling mendekati (*proximity*)

Dalam kemitraan, kedekatan di antara anggota atau mitra adalah salah satu persyaratan untuk memahami masing-masing

anggota, agar satu dengan lainnya saling mengenal, baik kelemahan, maupun kekuatan masing-masing anggota.

e) Saling terbuka dan bersedia membantu (*openes*)

Dalam kemitraan, selalu ada peran dan fungsi masing-masing anggota atau mitra untuk mencapai tujuan bersama dan diketahui satu sama lain. Oleh sebab itu akan selalu terjadi mekanisme saling terbuka dan membantu untuk terwujudnya tujuan atau cita-cita bersama.

f) Saling mendorong dan saling mendukung (*synergy*)

Seperti halnya dalam organisasi, sering terjadi anggota kurang bersemangat, tetapi sebaliknya ada yang sangat aktif dan bersemangat, demikian juga dalam kemitraan. Apabila terjadi gejala seperti ini, maka setiap anggota atau mitra harus saling mendorong dan mendukung demi tercapai tujuan bersama.

g) Saling menghargai (*reward*)

Seberapa kecil pun peran dan kombinasi anggota suatu kemitraan perlu dihargai oleh anggota atau mitra lain. Oleh sebab itu, para anggota atau mitra suatu kemitraan harus saling menghargai.

3) Prinsip-prinsip kemitraan

Kemitraan adalah salah satu bentuk kerjasama yang konkret dan solid. Oleh sebab itu, dalam membangun sebuah kemitraan ada 3

prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota atau mitra tersebut, yakni:

a) Kesetaraan (*equity*)

Individu, organisasi atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi” dengan lain. Oleh sebab itu, di dalam forum kemitraan asas demokrasi harus dijunjung tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi, dan tidak ada dominasi terhadap yang lain dalam mengambil keputusan untuk mencapai tujuan bersama.

b) Keterbukaan (*transparancy*)

Keterbukaan dalam arti apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan serta sumber daya yang dimiliki masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Maksudnya bukan untuk menyombongkan atau memudahkan yang satu terhadap yang lain, sehingga tidak ada rasa saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini, akan menumbuhkan saling melengkapi dan saling membantu di antara anggota.

c) Saling menguntungkan (*mutua benefit*)

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dalam materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan di sini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama.

4) Pilar-pilar kemitraan

a) Tahap pertama adalah kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri: Direktorat Promosi Kesehatan dengan program-program kesehatan di lingkungan Departemen Kesehatan antara lain: Kesehatan Keluarga, Pemberantasan Penyakit Menular dan Lingkungan, Gizi Masyarakat, dan sebagainya.

b) Tahap kedua adalah kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintahan, antara lain: Departemen Kesehatan sebagai sektor utama (*leading sector*), Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Pertanian, Kehutanan, Departemen Perhubungan, dan sebagainya.

c) Tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektoral, lintas bidang dan lintas organisasi yang mencakup:

(1) Unsur dunia usaha (bisnis)

(2) Unsur LSM dan organisasi massal

(3) Unsur organisasi profesi

Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan sebuah proses, namun suatu sistem. Artinya, dalam mengembangkan dan sekaligus untuk mengevaluasi kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni:

a) Input

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan terutama sumber daya manusia dan sumber daya yang lain seperti: dana, sistem informasi, teknologi dan sebagainya. Di samping itu, jumlah atau banyaknya “mitra” yang terlihat dalam jaringan kemitraan juga merupakan input.

b) Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Kejadiannya antara lain: pertemuan-pertemuan, seminar, loka karya, pelatihan-pelatihan, semi loka, dan sebagainya.

c) Output

Output adalah terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur seperti telah disebutkan di atas, dan tersusunnya program dan pelaksanaannya berupa kegiatan bersama dalam rangka pemecahan masalah kesehatan. Di samping itu juga tersusunnya uraian tugas dan fungsi untuk masing-masing anggota (mitra) merupakan output kemitraan tersebut.

d) Outcome

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan

masyarakat, yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain di samping kemitraan. Dengan demikian, outcome kemitraan adalah menurunnya angka atau indikator kesehatan (negatif), misalnya menurunnya angka kesakitan dan atau angka kematian.

c. Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Tujuan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah:

- 1) Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari keberdayaan kesehatan. Kesadaran dan pengetahuan merupakan tahap awal timbulnya kemampuan, karena kemampuan merupakan hasil proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar. Oleh sebab itu masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan juga melalui proses belajar kesehatan yang dimulai dengan diperolehnya informasi kesehatan.

- 2) Timbulnya kemauan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Oleh sebab itu, teori lain kondisi semacam ini disebut sikap atau niat sebagai indikasi akan timbulnya suatu tindakan. Kemauan ini kemungkinan dapat dilanjutkan ke tindakan tetapi mungkin juga tidak, atau berhenti pada kemauan saja. Berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung dari berbagai faktor. Faktor yang paling utama adalah sarana dan prasarana untuk mendukung tindakan tersebut.
- 3) Timbulnya kemampuan masyarakat dibidang kesehatan berarti masyarakat, baik secara individu maupun kelompok, telah mampu mewujudkan kemampuan atau niat kesehata mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat. Seperti yang telah dijelaskan bahwa untuk melakukan tindakan atau perilaku yang kankrit diperlukan saran atau prasarana penunjang. Kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Masyarakat yang mampu atau masyarakat yang mandiri dibidang kesehatan apabila:
 - a) Mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah-masalah kesehatan, terutama dilingkungan atau masyarakat setempat. Agar masyarakat

mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, masyarakat harus mempunyai pengetahuan kesehatan yang baik (health literacy). Pengetahuan kesehatan dan faktor-faktor yang harus dimiliki oleh masyarakat, sekurang-kurangnya sbb:

- (1) Pengetahuan tentang penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular. Pengetahuan tentang penyakit ini mencakup: nama atau jenis penyakit, tanda dan gejala-gejala penyakit, cara pencegahan penyakit, dan tempat-tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mencari penyembuhan (pengobatan)
- (2) Pengetahuan tentang gizi dan makanan, yang harus dikonsumsi agar tetap sehat sebagai faktor penentu kesehatan seseorang. Pengetahuan tentang gizi yang harus dimiliki masyarakat antara lain: kebutuhan-kebutuhan zat dan gizi atau nutrisi bagi tubuh yakni: karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Di samping itu juga, jenis-jenis makan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan tubuh tersebut, baik secara kualitas maupun kuantitas; akibat atau penyakit-penyakit yang disebabkan karena kekurangan gizi, dsb.
- (3) Perumahan sehat dan sanitasi dasar yang diperlukan untuk menunjang kesehatan keluarga atau masyarakat.

Pengetahuan kesehatan lingkungan ini antara lain mencakup: ventilasi dan pencahayaan rumah, sumber air bersih, pembuangan tinja dan pembuangan air limbah, pembuangan sampah, dsb.

(4) Pengetahuan tentang bahaya-bahaya merokok, dan zat-zat lain yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan dan kecanduan yakni narkoba (narkotika dan obat-obatan berbahaya)

b) Mampu mengatasi masalah-masalah mereka sendiri secara mandiri masyarakat yang mandiri dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan mengandung pengertian, masyarakat setempat untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan mereka. Misalnya di suatu masyarakat yang kekurangan air bersih, masyarakat tersebut bergotong-royong baik tenaga, pikiran, maupun dana untuk pengadaan air bersih. Contoh lain, apabila masyarakat tersebut jauh dari fasilitas kesehatan atau puskesmas, mereka dapat bergotong-royong atau meminta bantuan pada pemerintah setempat atau swasta untuk membangun pos pelayanan kesehatan atau pos obat desa. Apabila di masyarakat tersebut terjadi wabah penyakit misalnya demam berdarah, maka masyarakat yang bersangkutan meminta bantuan pada pemerintah untuk mengadakan penyemprotan massal di wilayah.

- c) Mampu memelihara dan melindungi dari baik individual, kelompok, atau masyarakat dari ancaman-ancaman kesehatan. Dengan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang tinggi, masyarakat mampu memelihara dan melindunginya dari segala bentuk ancaman kesehatan dengan kata lain, masyarakat mampu melakukan antisipasi dengan upaya pencegahan. Misalnya masalah banjir adalah merupakan ancaman kesehatan, karena dengan terjadinya banjir merupakan ancaman kesehatan, yakni timbulnya penyakit diare, mata, kulit, dsb. Oleh sebab itu, dengan gotong royong masyarakat dapat melakukan perbaikan saluran air limbah, pembangunan tempat-tempat sampah agar tidak terjadi penyumbatan saluran air, dsb penghijauan pemukiman penduduk secara bersama-sama adalah suatu upaya untuk melindungi masyarakat bersangkutan dari polusi atau pencemaran lingkungan.
- d) Mampu meningkatkan kesehatan, baik individual, kelompok, maupun masyarakat. Seperti yang telah diuraikan di atas bahwa kesehatan adalah suatu yang dinamis, yang bersifat kontinum. Oleh sebab itu kesehatan, baik individu, kelompok maupun masyarakat harus senantiasa diupayakan terus-menerus (*health promoting community*). Masyarakat yang berdaya di bidang kesehatan, seyogyanya mampu meningkatkan kesehatan

masyarakatnya secara terus menerus. Adanya kelompok-kelompok kebugaran, atau olahraga tertentu di suatu komunitas merupakan perwujudan dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

Di samping batasan tersebut, Departemen Kesehatan juga telah mempunyai rumusan lain tentang pemberdayaan masyarakat ini, yakni: pemberdayaan masyarakat adalah upaya fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM (lembaga swadaya masyarakat) dan tokoh masyarakat. Depkes lebih menekankan pada pendekatan non instruktif. Hal ini untuk menghindari kesan pada masyarakat, bahwa pendekatan-pendekatan pengembangan masyarakat yang telah ada, termasuk bidang kesehatan, hampir semuanya menggunakan instruktif, kurang memperhatikan pertumbuhan dari bawah.

Pemberdayaan masyarakat pada akhirnya akan menghasilkan kemandirian masyarakat. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat merupakan proses, sedangkan kemandirian masyarakat merupakan hasilnya. Oleh sebab itu kemandirian masyarakat dapat diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya dengan

memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari pihak luar.

1) Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat pada prinsipnya menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat “dari, oleh, dan, untuk”, masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri secara lebih terinci prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat, khususnya di bidang kesehatan dapat diuraikan sbb:

a) Menumbuhkembangkan potensi masyarakat

Potensi adalah kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam. Baik individu, kelompok, maupun masyarakat mempunyai potensi yang berbeda satu dengan yang lainnya. Di dalam suatu masyarakat terdapat berbagai potensi, yang pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni: potensi sumber daya manusia (penduduknya), dan potensi dalam bentuk sumber daya alam, atau kondisi geografi masyarakat setempat. Potensi sumber daya manusia selanjutnya dapat diuraikan dalam bentuk kuantitas, yakni: jumlah penduduknya, dan dalam bentuk kualitas, yakni status atau kondisi sosial ekonomi penduduk tersebut. Proporsi penduduk yang kaya dan miskin, proporsi penduduk yang berpendidikan tinggi dan rendah adalah

mencerminkan kualitas sumber daya manusia komunitas atau masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu, tinggi rendahnya potensi sumber daya manusia di suatu komunitas lebih ditentukan kualitas, bukan kuantitas sumber daya manusia. Peran petugas atau provider yang terutama adalah memampukan masyarakat untuk mengenal potensi mereka sendiri, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia. Kemudian dengan bantuan petugas, masyarakat dibimbing untuk mengembangkan potensi mereka sendiri, sehingga masyarakat yang bersangkutan dapat menemukan upaya-upaya pemecahan masalah mereka sendiri berdasarkan kemampuan yang mereka miliki.

b) Mengembangkan gotong-royong masyarakat

Seberapa besar pun potensi masyarakat, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia, tidak akan tumbuh dan berkembang dari dalam tanpa adanya gotong royong di antara anggota masyarakat itu sendiri gotong royong sebagai budaya asli bangsa Indonesia sudah tumbuh sejak berabad-abad yang lalu. Peran petugas atau provider dalam rangka gotong royong masyarakat ini adalah memotivasi dan memfasilitasinya, agar gotong royong tersebut terjadi di masyarakat. Agar gotong royong tersebut tumbuh dari masyarakat sendiri maka pendekatan harus dilakukan melalui

para tokoh masyarakat. Para tokoh masyarakat setempat sebagai penggerak gotong royong perlu diberikan kemampuan agar dapat memotivasi masyarakat untuk mau berpartisipasi dan berkontribusi terhadap kegiatan yang direncanakan bersama.

c) Menggali kontribusi masyarakat

Menggali dan mengembangkan potensi ekonomi masing-masing anggota masyarakat berkontribusi sesuai dengan kemampuan terhadap program atau kegiatan yang direncanakan bersama. Kontribusi masyarakat adalah merupakan bentuk partisipasi masyarakat antara lain: dalam bentuk tenaga, pemikiran atau ide-ide, dan bahan-bahan bangunan dsb. Seorang petugas atau provider kesehatan bersama-sama dengan tokoh masyarakat setempat harus mampu menggali kontribusi sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

d) Menjalin kemitraan

Kemitraan adalah suatu jalinan kerja antara berbagai faktor pembangunan baik pemerintah, swasta dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama yang disepakati. Membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat, kemitraan adalah sangat penting peranannya. Masyarakat yang mandiri adalah merupakan perwujudan dari kemitraan di antara anggota masyarakat itu sendiri atau masyarakat dengan pihak-pihak di luar masyarakat

yang bersangkutan, baik pemerintah maupun swasta. Petugas kesehatan adalah memotivasi, memfasilitasi masyarakat untuk menjalin kemitraan dengan pihak-pihak yang lain.

e) Desentralisasi

Upaya pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya memberikan kesempatan kepada masyarakat lokal untuk mengembangkan potensi daerah atau wilayahnya. Oleh sebab itu, segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional yakni masyarakat setempat, sesuai dengan kultur masing-masing komunitas. Dalam pemberdayaan masyarakat, peranan sistem di atasnya adalah sebagai fasilitator dan motivator. Masyarakat bebas melakukan kegiatan atau program inovatif, tanpa adanya arahan atau instruksi dari atas. Oleh sebab itu, pendekatan yang digunakan dalam pemberdayaan masyarakat adalah “taman bunga” artinya adanya keanekaragaman upaya tetai dalam konteks pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat bukan menggunakan pendekatan “kebun bunga” yang mementingkan keseragaman.

Peran petugas atau sektor kesehatan adalah:

- a) Memfasilitasi masyarakat terhadap kegiatan-kegiatan atau program-program pemberdayaan. Misalnya masyarakat ingin membangun dan mengadakan air bersih, maka peran petugas adalah memfasilitasi pertemuan-pertemuan anggota

masyarakat, pengorganisasian masyarakat, atau memfasilitasi pertemuan dengan pemerintah daerah setempat, dan pihak lain yang dapat membantu dalam mewujudkan pengadaan air bersih tersebut.

- b) Memotivasi masyarakat untuk bekerja sama atau bergotong royong dalam melaksanakan kegiatan atau program bersama untuk kepentingan bersama dalam masyarakat tersebut. Misalnya masyarakat ingin mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya. Agar rencana tersebut dapat terwujud sebagai bentuk kemandirian masyarakat, maka petugas kesehatan berkewajiban untuk memotivasi seluruh anggota masyarakat yang bersangkutan agar berpartisipasi dan berkontribusi terhadap program atau upaya tersebut.
- c) Mengalihkan pengetahuan, keterampilan, dan teknologi kepada masyarakat agar sumber daya masyarakat, baik sumber daya manusia maupun sumber daya alam dimanfaatkan secara optimal dalam rangka kemandirian mereka, memerlukan alih pengetahuan, ahli keterampilan, dan ahli teknologi.

2) Ciri pemberdayaan masyarakat

Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat (*community leaders*) tersebut bermacam-macam, antara lain sbb:

- a) Tokoh atau pemimpin masyarakat (*community leaders*): di sebuah masyarakat apapun baik pedesaan, perkotaan,

pemukiman kumuh, secara alamiah, akan terjadi kristalisasi adanya pemimpin atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat (toma) ini dapat bersifat formal (camat, lurah, ketua RW/RT) maupun informal (ustadz, pendeta, kepala adat, dsb) sebagai petugas kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

- b) Organisasi masyarakat (*community organization*): dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya: PKK, Karang Taruna, Majelis Taklim, Kelompok-kelompok pengajian, koperasi-koperasi, dsb. Organisasi-organisasi masyarakat ini merupakan potensi yang harus dimanfaatkan dan merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Pengalaman telah membuktikan bahwa posyandu dan polindes yang juga telah menjadi organisasi masyarakat, merupakan wujud kerjasama dan kemitraan antara puskesmas, pemerintahan setempat, PKK, dsb.
- c) Pendanaan masyarakat (*community material*): dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak tahun 1970-an, mula-mula di Jawa Tengah yang akhirnya meluas di berbagai daerah Indonesia. Kemudian dana sehat ini berkembang, dan oleh Departemen Kesehatan diperluas dengan nama program JPKM.

- d) Material masyarakat (*community material*): sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Di daerah Banjar Negara, ada beberapa desa yang dekat kali dan kali tersebut menghasilkan banyak batu. Dengan bergotong royong masyarakat setempat yang dipimpin oleh kepala desa, batu-batu tersebut dapat digunakan untuk pengerasan jalan yang diperkeras tersebut memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan.
- e) Pengetahuan masyarakat (*community knowledge*): semua bentuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat adalah merupakan contoh pemberdayaan masyarakat. Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan *community based health education*.
- f) Teknologi masyarakat (*community teknologi*) di beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan, misalnya penyaringan air bersih dengan menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang di tengahnya ditaruh, untuk pengawetann makanan dengan pengasapan. Teknologi-teknologi sederhana yang lahir dari masyarakat ini sebenarnya merupakan potensi untuk peemberdayaan masyarakat. Petugas kesehatan sebenarnya

dapat mengadopsi dan sehingga dapat dimanfaatkan di tempat lain atau diperluas.

3) Indikator hasil pemberdayaan masyarakat

Indikator yang mengacu kepada pendekatan sistem, sbb:

a) Input

(1) Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat.

(2) Besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat maupun dana yang diperoleh dari bantuan di luar masyarakat tersebut.

(3) Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.

b) Proses

Beberapa contoh indikator pemberdayaan masyarakat adalah:

(1) Jumlah penyuluhan kesehatan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan.

(2) Frekuensi dan jenis pelatihan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.

(3) Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang telah diintervensi atau dilatih sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.

(4) Pertemuan-pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan atau pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

c) Output

Beberapa contoh indikator output pemberdayaan masyarakat adalah:

(1) Jumlah dan jenis UKBM (upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat) massal: posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat, dsb.

(2) Jumlah orang tahu anggota masyarakat yang telah meningkat pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan.

(3) Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generatint*)

(4) Meningkatnya fasilitas-fasilitas umum di masyarakat dan sebagainya.

d) Outcome

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi terhadap indikator-indikator dibawah ini, antara lain:

- (1) Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat.
- (2) Menurunnya angka kematian umum dalam masyarakat.
- (3) Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat.
- (4) Meningkatkan status gizi anak balita dalam masyarakat.

D. Tinjauan Teori Gender

Sejak konferensi kependudukan dan pembangunan di kairo Mesir tahun 1994 pembangunan kependudukan tidak lagi hanya dilihat dari aspek jumlah dan demografinya saja, tetapi lebih di utamakan pada aspek kualitas penduduk. Kesepakatan ini selanjutnya dijabarkan dalam berbagai kebijakan, antara lain keluarga Berencana.

Kebijakan program keluarga berencana Nasional diarahkan untuk meningkatkan kualitas penduduk melalui peningkatan kualitas keluarga yang didalamnya terdiri dari suami, dan anak, dengan bercirikan kemandirian dan ketahanan keluarga, dalam rangka mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera, agar dapat berperan dalam pembangunan nasional.

Kebijakan tersebut terutama ditekankan pada peningkatan pembudayaan keluarga kecil dengan menjunjung tinggi hak-hak reproduksi, kesetaraan gender dan HAM serta peningkatan kualitas penduduk dan pemberdayaan perempuan untuk membangun kemandirian dan ketahanan, sebagai landasan pembangunan keluarga sejahtera.

Dalam mengimplementasikan kebijakan-kebijakan tersebut perlu disosialisasikan dan dikembangkan pula prinsip-prinsip tentang pola relasi gender yang seimbang antara suami-istri dalam keluarga, pelayanan yang berkualitas dan memberikan perhatian pada hak-hak reproduksi dalam rangka pemberdayaan perempuan. (Meneng.PP:2001) kesetaraan dan keadilan Gender (KKG) sudah menjadi isu yang sangat penting dan sudah menjadi komitmen bangsa-bangsa di dunia termasuk Indonesia sehingga seluruh Negara menjadi terikat dan harus melaksanakan komitmen tersebut.

Upaya mewujudkan Kesetaraan dan Keadilan Gender (KKG) di Indonesia dituangkan dalam kebijakan nasional sebagaimana ditetapkan dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1999, UU No. 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional – PROPENAS 2000 – 2004, dan dipertegas dalam Instruksi Presiden No. 9 tahun 2000 tentang Pengurus Utamaan Gender (PUG) dalam pembangunan nasional sebagai salah satu strategi untuk mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender.

Disamping itu pengarus utama gender juga merupakan saah satu dari empat key cross cutting issues dalam PROPENAS. Pelaksanaan POG diinstruksikan kepada seluruh departemen maupun lembaga pemerintah dan non departemen di pemerintah nasional, provinsi maupun di kabupaten/kota, untuk melakukan penyusunan program dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dengan

mempertimbangkan permasalahan kebutuhan, aspirasi perempuan pada pembangunan dalam kebijakan, program/proyek dan kegiatan.

Disadari bahwa keberhasilan pembangunan nasional di Indonesia baik yang dilaksanakan oleh pemerintah, swasta maupun masyarakat sangat tergantung dari peran serta laki-laki dan perempuan sebagai pelaku dan pemfaat hasil pembangunan. Pada pelaksanaannya sampai saat ini peran serta kaum perempuan belum dioptimalkan. Oleh karena itu program pemberdayaan perempuan telah menjadi agenda bangsa dan memerlukan dukungan semua pihak.

Penduduk wanita yang jumlahnya 49,9% (102.847.415) dari total (206.264.595) penduduk Indonesia (Sensus penduduk tahun 2000) merupakan sumber daya pembangunan yang cukup besar. Partisipasi aktif wanita dalam setiap proses pembangunan akan mempercepat tercapainya tujuan pembangunan. Kurang berperannya kaum perempuan, akan memperlambat proses pembangunan atau bahkan perempuan dapat menjadi beban pembangunan itu sendiri.

Kenyataannya dalam beberapa aspek pembangunan, perempuan kurang dapat berperan aktif. Hal ini disebabkan karena kondisi dan posisi yang kurang menguntungkan dibandingkan laki-laki. Seperti peluang dan kesempatan yang terbatas dalam mengakses dan mengontrol sumber daya pembangunan, sistem upah yang merugikan, tingkat kesehatan dan pendidikan yang rendah, sehingga manfaat pembangunan kurang diterima kaum perempuan.

Berbagai upaya pembangunan nasional yang selama ini diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, baik perempuan maupun laki-laki, ternyata belum dapat memberikan manfaat yang setara bagi perempuan dan laki-laki. Bahkan belum cukup efektif memperkecil kesenjangan yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa hak-hak perempuan memperoleh manfaat secara optimal belum terpenuhi sehingga pembangunan nasional belum mencapai hasil yang optimal, karena masih belum memanfaatkan kapasitas sumber daya manusia secara penuh.

Faktor penyebab kesenjangan gender yaitu tata nilai sosial budaya masyarakat, umumnya lebih mengutamakan laki-laki daripada perempuan (*Ideology Patriarki*); peraturan perundang-undangan masih berpihak pada salah satu jenis kelamin dengan kata lain belum mencerminkan kesetaraan gender, penafsiran ajaran agama yang kurang komprehensif atau cenderung tekstual kurang kontekstual, cenderung dipahami parsial kurang holistik; kemampuan, kemauan dan kesiapan perempuan sendiri untuk merubah keadaan secara konsisten dan konsekuen; rendahnya pemahaman para pengambil keputusan di eksekutif, yudikatif, legislatif terhadap arti, tujuan, dan arah pembangunan yang responsif gender.

Adanya kesenjangan pada kondisi dan posisi laki-laki dan perempuan menyebabkan perempuan belum dapat menjadi mitra kerja aktif laki-laki dalam mengatasi masalah-masalah sosial, ekonomi dan

politik yang diarahkan pada pemerataan pembangunan. Selain itu rendahnya kualitas perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerusnya, mengingat mereka mempunyai peran reproduksi yang sangat berperan dalam mengembangkan sumber daya manusia masa depan.

Banyak studi bahwa relasi gender yang masih timpang dalam sebuah keluarga cukup berperan terhadap angka *Unmet Need*. The John Hopkins School of Public Health, Amerika Serikat (1997) dalam sebuah studinya melaporkan bahwa sikap suami berperan dalam keikutsertaan perempuan dalam KB. Suami yang masih ingin memiliki anak dan menolak kontrasepsi membuat perempuan yang tidak ingin punya anak tidak terakses pelayanan KB. Selain itu, komunikasi mengenai isu KB yang buruk pada suami dan posisi tawar (*bargaining position*) istri yang rendah dalam hubungan dengan suami juga menjadi penyebab.

Pengertian Gender

Konsep gender adalah suatu sifat yang melekat baik pada laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksi atau dibentuk secara sosial maupun kultural dengan akibat terjalannya hubungan sosial yang membedakan fungsi, peran dan tanggung jawab kedua jenis kelamin itu. Gender bukanlah kodrat atau ketentuan Tuhan dan karenanya berkaitan dengan proses keyakinan tentang bagaimana seharusnya laki-laki dan perempuan diharapkan untuk bersikap, bertindak dan berperan sesuai dengan ketentuan sosial dan budaya dimana mereka berada. Jadi gender adalah pembedaan laki-laki dan perempuan yang dibentuk, dibuat dan

dikonstruksi oleh masyarakat melalui berbagai macam sektor kehidupan manusia.

Munculnya berbagai perdebatan dalam memahami konsep gender lebih disebabkan tidak adanya kata gender dalam kamus bahasa Indonesia sebagaimana dijelaskan oleh Faqih (1996), bahwa dalam kamus tidak secara jelas membedakan antara sex (jenis kelamin) dan Gender. Sehingga Faqih (1996), mempertajam bahwa harus ada perbedaan antara jenis kelamin dan gender. Pengertian jenis kelamin lebih merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis, sedangkan Gender merupakan seperangkat peran yang seperti halnya kostum dan topeng di teater menyampaikan kepada orang lain bahwa kita adalah feminim atau maskulin.

Hal senada juga dikemukakan oleh Mc Donald, Spranger dan Dubel dalam Faqih (1996) yang melihat adanya perbedaan peran-peran jenis kelamin dengan peran-peran gender. Menurutnya jika perbedaan-perbedaan hakiki yang menyangkut jenis kelamin tidak bisa diganggu gugat (misalnya bahwa secara biologis perempuan memiliki kemampuan mengandung dan melahirkan sementara laki-laki tidak). Sedangkan perbedaan peran-peran gender bisa diubah lantaran yang menjadi akarnya adalah faktor-faktor sosial dan sejarah.

Keadilan Gender

Adalah suatu kondisi dan perlakuan yang adil terhadap perempuan dan laki-laki. Agar supaya apa yang adil terhadap perempuan dan laki-laki dapat terwujud, diperlukan langkah-langkah untuk menghentikan hal-hal yang secara psikis, politik serta sosial budaya dapat menghambat perempuan dan laki-laki untuk bisa berperan dan menikmati hasil dari peran yang disandarnya. Keadilan gender mengantar perempuan dan laki-laki menuju kepada kesetaraan gender.

Kesetaraan Gender

Menurut Muchyi dalam Faqih (1996), kesetaraan gender merupakan kesamaan kondisi dan status untuk memperoleh kesempatan dan menikmati hak-haknya sebagai manusia agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam pembangunan politik, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan pertahanan keamanan serta kesamaan dalam menikmati hasil pembangunan tersebut.

Dengan demikian, kesetaraan gender adalah penilaian atau penghargaan yang sama oleh masyarakat terhadap persamaan dan perbedaan perempuan dan laki-laki serta pelbagai peran yang mereka jalankan. (Meneg, PP: 2001)

Ketidaksetaraan gender dalam bidang KB dan kesehatan reproduksi sangat berpengaruh pada keberhasilan program. Ketidaksetaraan gender terjadi hampir pada seluruh tahapan kehidupan di dalam keluarga. Sebagai contoh, keluarga seringkali mementingkan

kepentingan anak laki-lakinya dibanding anak perempuannya dalam hal pemberian pangan, pendidikan, kesehatan dan pelatihan-pelatihan keterampilan tertentu. Padahal, diskriminasi antarsesama jenis kelamin, status sosial ekonomi anak perempuan dan wanita seringkali berdampak pada kesehatan, emosi dan fisik serta rendahnya kemampuan untuk mengatur dirinya sendiri, terutama dalam hal-hal yang berkaitan dengan hak-hak dan kesehatan reproduksi perempuan. Apalagi rendahnya pendidikan perempuan saat ini akan menyulitkan segala upaya dalam mengurangi ketidakadilan dan kesetaraan gender, termasuk dalam hal KB dan kesehatan reproduksi.

Sebagian besar masyarakat dan provider serta penentu kebijakan masih menganggap bahwa penggunaan kontrasepsi adalah “urusan perempuan”. Oleh karena itu peserta KB pria di Indonesia masih sangat rendah di samping masih relatif rendahnya kepedulian pria terhadap proses reproduksi keluarganya , terutama dalam hal kehamilan dan kelahiran. Rendahnya partisipasi pria tersebut merupakan manifestasi ketidakadilan dan kesetaraan gender. Di samping itu, terjadinya kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan seringkali terjadi pada saat wanita sedang hamil. Perdagangan anak perempuan dan wanita serta perkosaan merupakan isu lain yang terkait dengan hak-hak reproduksi dan kesehatan reproduksi serta seksual. Masalah HIV/AIDS memiliki kaitan erat dengan persoalan gender, termasuk soal '*bergaining position*' (nilai tawar) wanita pekerja seksual, sehingga program

pencegahan melalui kondom bagi hubungan seksual yang berisiko tinggi masih jauh dari harapan. (BKKBN: 2006)

E. Tinjauan Penggunaan Alat Kontrasepsi

Alat kontrasepsi adalah alat yang digunakan untuk menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma.

1. Kondom

Kondom pria merupakan selubung/ sarung karet yang terbuat dari lateks (karet) dan plastik (vinil) yang dipasang pada penis di saat hubungan seksual.

Cara kerja:

- a. Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b. Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

Tingkat keberhasilan/ efektivitas:

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual.

- a. Secara ilmiah (Theoretical effectiveness) yaitu: 88% - 98%
- b. Efektifitas pemakaian (Use effectiveness) yaitu: 62% - 87%

Manfaat:

- a. Efektif bila digunakan secara benar
- b. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- c. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
- d. Memberi dorongan kepada suami untuk ber-KB
- e. Dapat mencegah penularan IMS
- f. Mencegah ejakulasi dini
- g. Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik endogen pada serviks)
- h. Tidak mengganggu produksi ASI
- i. Tidak mengganggu kesehatan klien
- j. Saling interaksi sesama pasangan
- k. Murah dan dapat dibeli secara umum
- l. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- m. Mencegah imuno infertilitas

Keterbatasan:

- a. Cara penggunaan sangat berpengaruh keberhasilan kontrasepsi
- b. Mengurangi sensitivitas seksual
- c. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- d. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan
- e. Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum

- f. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

Cara penggunaan:

- a. Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual
- b. Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida
- c. Jangan menggunakan gigi, benda tajam
- d. Pasangkan kondom saat penis ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra
- e. Kondom dilepas sebelum penis melembek
- f. Pegang bagian pangkal penis sebelum mencabut kondom
- g. Gunakan kondom untuk satu kali pakai
- h. Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman
- i. Sediakan kondom dalam jumlah cukup
- j. Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapu/ kusut
- k. Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas

Efek samping/ Masalah:

- a. Alergi terhadap lateks atau pelumas atau spermisida
- b. Kondom rusak atau diperkirakan bocor
- c. Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan
- d. Mengurangi kenikmatan seksual

2. Pil KB

Pil yang mengandung estrogen dan progesteron (pil kombinasi) atau progesteron saja yang diminum setiap hari selama 21 atau 28 hari.

Cara kerja:

- a. Menekan ovulasi
- b. Lendir serviks mengental sehingga sulit untuk dilalui oleh sperma
- c. Mencegah implantasi
- d. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi dengan sendirinya akan terganggu pula

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Hamil/ dicurigai hamil
- b. Tidak diminum bagi mereka yang menderita penyakit: Hati, tumor, jantung, varises, darah tinggi, kanker payudara dll
- c. Perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya
- d. Migrain/ sakit kepala sebelah

Tingkat keberhasilan/ efektifitas:

- a. Pil KB Kombinasi:

Secara ilmiah (Theoretical effectiveness) yaitu: 99,9%

Efektifitas pemakaian (Use effectiveness) yaitu: 93% - 99,3%

- b. Pil KB Progesteron:

Secara ilmiah (Theoretical effectiveness) yaitu: 97,9%

Efektifitas pemakaian (Use effectiveness) yaitu: 90,4% - 99,1%

Manfaat:

- a. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- b. Mengurangi rasa kejam/ nyeri perut saat haid
- c. Terlindung dari penyakit radang panggul dan kehamilan di luar rahim
- d. Mudah menggunakannya dan dihentikan setiap saat
- e. Siklus haid jadi teratur, banyaknya darah haid berkurang
- f. Mengurangi risiko kanker ovarium
- g. Cocok digunakan untuk menunda kehamilan dari pasangan muda
- h. Produksi ASI tidak dipengaruhi oleh pil yang hanya mengandung progesteron (Pil Mini: exluton)

Keterbatasan:

- a. Pemakai harus disiplin meminum pil setiap hari. Jika tidak, kemungkinan hamil tinggi
- b. Dapat mengurangi produksi ASI untuk pil kombinasi
- c. Tidak dapat mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS

Cara penggunaan:

- a. Pil pertama diminum setiap hari
- b. Bila lupa minum 1 pil (hari 1-21) sebaiknya minum pil tersebut segera setelah ingat
- c. Pada ibu pasca persalinan pil kombinasi diminum setelah 6 bulan dan pil progesteron diminum setelah 6 minggu

Efek samping:

- a. Perdarahan terjadi bercak-bercak darah (spotting)
- b. Amenorrhea/ tidak haid
- c. Pusing, mual pada minggu pertama pemakaian
- d. Air susu berkurang untuk yang menggunakan pil kombinasi
- e. Perubahan berat badan
- f. Flek hitam pada muka

3. Susuk KB/ Implant

Satu, dua atau enam batang silastik (sebesar batang korek api) yang berisi hormon progesteron dimasukkan di bawah kulit lengan atas. Implant satu, dua batang dapat digunakan selama 3 tahun dan enam batang selama 5 tahun.

Cara kerja:

- a. Menekan ovulasi
- b. Lendir serviks menjadi kental
- c. Mengganggu proses pembentukan lapisan endometrium/ selaput sehingga sulit terjadi implantasi

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Hamil atau diduga hamil
- b. Ibu yang sedang menyusui kurang dari 6 minggu
- c. Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya
- d. Benjolan/ kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- e. Yang tidak dapat menerima perubahan pola haid

- f. Penyakit Mioma uteri dan kanker payudara
- g. Penyakit dengan gangguan toleransi glukosa
- h. Penyakit hati, stroke, jantung, yang menggunakan obat untuk epilepsi/ TBC

Manfaat:

- a. Tidak menekan produksi ASI
- b. Praktis, efektif dan daya guna tinggi
- c. Masa pakai jangka panjang (3 atau 5 tahun)
- d. Kesuburan cepat kembali setelah pengangkatan
- e. Bebas dari pengaruh estrogen
- f. Klien hanya perlu ke klinik bila ada kebutuhan
- g. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan
- h. Mengurangi nyeri haid
- i. Mengurangi jumlah darah haid
- j. Mengurangi/ memperbaiki anemia
- k. Melindungi terjadinya kanker endometrium
- l. Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara
- m. Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- n. Menurunkan angka kejadian endometriosis

Keterbatasan:

- a. Perubahan pola haid, meningkatnya jumlah darah haid atau tidak haid.
- b. Timbul keluhan seperti nyeri kepala, berat badan naik, mual, pusing

- c. Perubahan perasaan (*mood*)
- d. Membutuhkan tindakan minor
- e. Tidak melindungi terhadap IMS dan HIV
- f. Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obat TBC atau obat epilepsi

Cara penggunaan:

Impant dapat digunakan:

- a. Setiap saat selama siklus haid hari ke 2 sampai hari ke 7
- b. Setiap saat asal diyakini tidak sedang kehamilan
- c. Bila sedang menyusui boleh dipasang setelah 6 minggu pasca persalinan
- d. Segera setelah keguguran
- e. Bila klien ingin ganti cara baik setelah pemakaian kontrasepsi hormonal maupun non hormonal dan dipastikan tidak terjadi kehamilan

Efek samping:

- a. Amenorea/ tidak haid
- b. Perdarahan bercak ringan atau *spotting*
- c. Ekspulsi
- d. Infeksi pada daerah insersi
- e. Perubahan berat badan

4. Suntikan

Obat suntik yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan setiap 2 atau 3 bulan, atau hormon estrogen dan progesteron yang disuntikkan setiap 1 bulan (suntikan kombinasi) pada otot panggul atau lengan atas.

Cara kerja:

- a. Menekan ovulasi
- b. Mengentalkan lendir mulut rahim
- c. Menipiskan endometrium
- d. Menghambat transportasi oleh tuba

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Hamil/ diduga hamil
- b. Perdarahan vagina yang belum diketahui sebabnya
- c. Riwayat kanker payudara
- d. Menderita penyakit jantung, hepatitis, darah tinggi, kencing manis
- e. Sedang menyusui bayi/ kurang dari 6 minggu (setelah melahirkan)
- f. Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala
- g. Wanita usia > 35 tahun yang merokok

Tingkat keberhasilan/ efektifitas:

- a. Secara ilmiah: 99,7%

Manfaat:

- a. Aman efek samping kecil
- b. Tidak mempengaruhi ASI
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

- d. Mengurangi jumlah pendarahan saat haid dan nyeri
- e. Mencegah anemia, penyakit payudara jinak, kista ovarium
- f. Kehamilan estopik dan penyakit radang panggul

Keterbatasan:

- a. Kembalinya kesuburan agak terlambat
- b. Harus kembali ke tempat pelayanan
- c. Tidak dapat mencegah IMS, HIV dan HBV
- d. Efek samping serius dapat timbul seperti serangan jantung, stroke, tumor hati, bekuan darah pada paru dan otak

Cara penggunaan:

- a. Obat disuntikkan setiap 3 bulan sekali untuk DMPA
- b. Obat disuntikkan setiap 1 bulan untuk Cyclofem
- c. Setelah suntikan pertama tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 1 minggu
- d. Jika terlambat suntik berikan kondom untuk berjaga

Efek samping:

- a. Pusing, mual (jarang terjadi)
- b. Menstruasi kadang tidak keluar selama 3 bulan pertama
- c. Kadang perdarahan lebih banyak pada saat menstruasi
- d. Perubahan berat badan

5. IUD/AKDR

Alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim terbuat dari plastik kecil fleksibel yang dililit tembaga dan waktu penggunaan 10 tahun.

Cara kerja:

- a. Menghambat kemampuan spermatozoa untuk masuk ke dalam saluran tuba
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c. Mencegah sperma dan ovum bertemu
- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi ovum ke uterus

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Kehamilan
- b. Gangguan perdarahan yang tidak diketahui infeksi alat kelamin
- c. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- d. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim
- e. Penyakit trofoblas yang ganas
- f. Menderita TBC pelvic
- g. Kanker alat reproduksi
- h. Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

Tingkat keberhasilan/ efektifitas:

- a. Secara ilmiah: 99,4%

Manfaat:

- a. Praktis ekonomis
- b. Efektifitas tinggi (angka kegagalan kecil)
- c. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- d. Kesuburan segera kembali jika dibuka

- e. Tidak harus mengingat kontrasepsi pil
- f. Tidak mengganggu pemberian ASI
- g. Tidak harus mempengaruhi hubungan seksual
- h. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- i. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- j. Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- k. Membantu mencegah kehamilan ektopik

Keterbatasan:

- a. Tidak mencegah IMS, HIV/AIDS
- b. Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR yang dapat memicu infertilitas
- c. Prosedur medis pemeriksaan panggul diperlukan dalam pemasangan AKDR
- d. Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi setelah pemasangan AKDR. Biasa menghilang dalam 2-3 hari
- e. Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri dan harus dilakukan provider terlatih
- f. Kadang AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui
- g. Ibu harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu
- h. Terjadi komplikasi

Cara penggunaan:

- a. Setiap waktu dalam siklus haid

- b. Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
- c. Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau 4 minggu pasca persalinan
- d. Setelah menderita abortus
- e. Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

Efek samping:

- a. Keluar bercak-bercak darah setelah 1-2 hari pemasangan
- b. Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak nyeri

Komplikasi:

- a. Sakit/ kejang setelah 3-5 hari pemasangan
- b. Perdarahan berat waktu haid

6. Tubektomi/ MOW

Prosedur bedah secara sukarela untuk menghentikan kesuburan (fertilitas) seorang wanita

Cara kerja:

- a. Menghambat perjalanan sel telur wanita sehingga tidak dapat dibuahi oleh sperma

Tingkat keberhasilan/ Efektivitas:

- a. Secara ilmiah 99,5%

Manfaat:

- a. Efektivitas langsung setelah sterilisasi
- b. Tidak ada efek samping jangka panjang
- c. Tidak mengganggu hubungan seksual

d. Mengurangi risiko kanker ovarium

Keterbatasan:

- a. Risiko dan efek samping bedah tetap ada
- b. Tidak melindungi dari IMS/HIV dan HBV

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Hamil
- b. Perdarahan pervagina
- c. Tidak boleh menjalankan pembedahan
- d. Masih ingin anak lagi
- e. Belum memberikan persetujuan secara tertulis
- f. Penyakit jantung, paru, infeksi akut

7. Vasektomi/ MOP

Tindakan operasi kecil pemotongan operasi sperma kanan dan kiri sehingga pada saat ejakulasi, cairan mani yang dikeluarkan tidak lagi mengandung sperma sehingga tidak menyebabkan kehamilan.

Cara kerja:

- a. Menghalangi jalannya sel sperma sehingga tidak dapat membuahi sel telur

Tingkat keberhasilan/ Efektivitas:

- a. Secara ilmiah 99,9%

Manfaat:

- a. Aman, sederhana, mudah dan cepat
- b. Pasien tidak perlu dirawat di rumah sakit

c. Tidak mengganggu hubungan seksual

Keterbatasan:

- a. Harus memakai kontrasepsi lain
- b. Tidak dapat dilakukan pada keluarga yang masih ingin mempunyai anak lagi

Yang tidak boleh menggunakan/ Kontraindikasi:

- a. Peradangan kulit atau jamur di daerah kemaluan
- b. Peradangan pada alat kelamin pria
- c. Penyakit kencing manis
- d. Kelainan pembekuan darah
- e. Kondisi jiwa labil
- f. Masih ingin anak lagi
- g. Keluarga tidak harmonis

Efek samping/ Akibat:

- a. Timbul rasa nyeri
- b. Abses pada bekas luka
- c. Hematoma/ pembengkakan kantong biji zakar karena perdarahan (BKKBN, 2010)

Penggunaan Alat Kontrasepsi

Tingkat Pemakai Alat Kontrasepsi atau Contraceptive Prevalence Rate (CPR) di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat dari 57 persen (SDKI 2007) maka sudah sepantasnya jika kontrasepsi ditempatkan sebagai suatu kebutuhan krusial bagi pasangan suami istri

sekaligus dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu, bayi dan anak serta memberikan kontribusi terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sehingga membantu terwujudnya keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Sebagai suatu kebutuhan, kontrasepsi terkait dengan kebutuhan fisik dan sosial. Sebagai kebutuhan fisik, kontrasepsi memiliki peranan dalam setiap fase reproduksi, yaitu untuk menunda kehamilan, menjarangkan serta mengakhiri kehamilan. Sedangkan sebagai kebutuhan sosial, kontrasepsi terkait dengan upaya mewujudkan program pembangunan suatu Negara. Di Indonesia program pembangunan nasional, Keluarga Berencana (KB) mempunyai arti yang sangat penting dalam upaya mewujudkan manusia Indonesia sejahtera di samping program pendidikan dan kesehatan.

Dalam upaya pemerataan akses dan kualitas pemakaian kontrasepsi di Indonesia saat ini, BKKBN lebih memfokuskan kecenderungan pola pemakaian kontrasepsi, kebutuhan KB yang tidak terpenuhi dan kontrasepsi bagi pengidap HIV dan AIDS.

Peserta KB di Indonesia masih didominasi oleh perempuan. Pemerintah dengan berbagai sumber daya yang ada telah berupaya untuk meningkatkan kesertaan pria dalam ber-KB. Namun hasilnya seperti yang diharapkan. Dalam RPJMN 2004-2009 kesertaan pria ber-KB ditargetkan sebesar 4,5, hasil SDKI 2007 menunjukkan kesertaan pria baru mencapai 1,5 persen. Di samping itu kecenderungan pemakaian kontrasepsi

menurut jenisnya yang tidak sesuai dengan pola umum di negara lain, seperti dominasi penggunaan suntikan dan meningkatnya permintaan terhadap susuk KB (implant) serta pencapaian IUD yang semakin menurun. Data dari United Nation 2005 menunjukkan seperti pada tabel di bawah.

Pasangan usia subur yang menggunakan metode kontrasepsi terus meningkat dari tahun ke tahun dan saat ini mencapai 61,4%. Kecenderungan pola pemakaian kontrasepsi adalah suntik sebesar 31,6 persen, Pil sebesar 13,2 persen, IUD sebesar 4,8 persen, implant 2,8 persen, kondom sebesar 1,3 persen, kontak wanita (MOW) sebesar 3,1 persen dan kontak pria (MOP) sebesar 0,2 persen, pantang berkala 1,5 persen, senggama terputus 2,2 persen dan metode lainnya 0,4 persen.

Fakta yang patut mendapat perhatian kita semua adalah pola kecenderungan pemakaian kontrasepsi di Indonesia. Pemakaian kontrasepsi suntik memperlihatkan kecenderungan peningkatan pada beberapa kurun waktu terakhir ini, sebaliknya pemakaian kontrasepsi pil dan IUD cenderung menurun dari waktu ke waktu. Metode MOW cenderung meningkat walaupun persentase masih sangat rendah dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya. Sebagai gambaran metode kontrasepsi suntik pada tahun 1991 hanya 11,7 persen, 1994 menjadi 15,2 persen, 1997 21,1 persen, 2003 menjadi 27,8 persen dan 2007 mencapai 31,6 persen. Sedangkan metode IUD tahun 1991 sebesar

13,3 persen 1994 menjadi 10,3 persen, 1997 menjadi 8,1 persen, 2003 menjadi 6,2 persen dan 2007 hanya 4,8 persen (sumber SDKI).

Tabel 2: Persentase persebaran penggunaan alat kontrasepsi

Area	Suatu cara	MOW	MOP	Pil	Suntik dan Implant	IUD	Kondom	Tradisional
Dunia	60,5	20,5	3,4	7,5	3,2	13,6	4,8	6,9
Negara Maju	68,9	9,3	5,3	15,9	0,7	7,6	14,3	13,0
Negara Berkembang	59,2	22,3	3,0	6,2	3,6	14,5	3,3	5,9
Indonesia	60,3	3,7	0,4	13,2	32,1	6,2	0,9	3,6

Sumber: SDKI 2007

Fakta-fakta tersebut menunjukkan bahwa masih banyak pasangan usia subur yang belum terpenuhi pilihan jenis kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya secara rasional, baik sesuai dengan tujuan pengaturan kelahirannya atau kondisi fisik biologisnya. Masih banyak kontrasepsi yang kurang efektif dan efisien serta memiliki jangka penggunaan sesuai kebutuhannya, apakah tujuannya untuk menunda atau menjarangkan kelahiran atau tidak menginginkan anak lagi. (Gemapria, 2008)

Kecenderungan pola pemakaian metode kontrasepsi di Indonesia yang tidak rasional ini disebabkan bahwa pemilihan kontrasepsi secara rasional masih belum tersosialisasi dengan baik karena proses informasi choice, KIP dan Konseling belum dilaksanakan secara benar dan luas cakupannya. Padahal perkembangan teknologi kontrasepsi sesungguhnya

didasari oleh konsep-konsep yang rasional sesuai tujuan penggunaannya. Selain itu, perlu diingat bahwa kontrasepsi rasional bukan hanya mempertimbangkan aspek efektifitas teknologi kontrasepsi (postponing, spacing atau limiting), tetapi harus mempertimbangkan secara rasional dari kriteria penerimaan dari aspek medis (medical eligible criteria). Pemakaian kontrasepsi secara rasional, efektif dan efisien akan pemakaian kontrasepsinya.

F. Tinjauan Dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat

Dukungan para Tokoh Agama (Toga) dan Tokoh Masyarakat (Toma) amat sangat penting dalam upaya peningkatan KB pria. Sangat kecil kemungkinan pelaksanaan upaya tersebut tanpa melibatkan Toga dan Toma, melalui para Toga dan Toma, diharapkan para pria akan lebih mudah dan mau untuk diajak menjadi peserta KB. Kegiatan yang melibatkan para Toga dan Toma sudah banyak dilaksanakan di Provinsi maupun Kabupaten/Kota. Sebagai contoh: Pertemuan kemitraan dengan BP-4/KUA yang setiap tahun dilaksanakan oleh BJJB Provinsi merupakan upaya mengajak para Toga dan Toma agar ikut memahami makna KB pria, dan jika memungkinkan, mereka diajak pula menjadi peserta KB pria, sehingga nantinya dapat menjadi panutan para pria di wilayahnya.

Contoh lain, di Provinsi Sulawesi Tengah, untuk membekali dan meningkatkan pengetahuan dan wawasan para Toga dan Toma telah dilakukan orientasi tentang Partisipasi Pria bagi mereka. Dan dari orientasi

tersebut telah disepakati bahwa para Toga dan Toma sangat mendukung KB pria. (Gemapria, 2008)

Seperti kita ketahui bersama, Toga dan Toma biasanya berasal dari Dusun/ Desa/ Kecamatan/ Kabupaten setempat, dan pada umumnya diyakini mempunyai karisma tersendiri oleh masyarakat setempat. Pada umumnya, Toga dan Toma memiliki ciri-ciri antara lain: memiliki sifat dan sikap pengabdian dalam kegiatan sosial, tidak bersifat komersial, tidak dibebani target pencapaian peserta KB atau pemakaian alat kontrasepsi tertentu, mereka dapat memberikan konseling KB walaupun sifatnya masih terbatas, yang dalam hal ini tergantung masalahnya dan disesuaikan dengan kemampuan Toga dan Toma.

Khususnya di lingkungan masyarakat pedesaan, peran Toga dan Toma tidak bisa diabaikan. Sifat kerukunan yang masih kenta dan rasa saling hormat menghormati antarsesama merupakan salah satu faktor mengapa mereka tidak mengesampingkan keberadaan Toga dan Toma. Dengan melibatkan Toga dan Toma dalam berbagai kegiatan peningkatan partisipasi pria, maka diharapkan peserta KB pria akan semakin bertambah jumlahnya, hal ini karena Toga dan Toma dapat:

- Memberikan contoh dan teladan bagi calon peserta KB, khususnya pria.
- Atas dasar keteladanannya, dapat meningkatkan jumlah peserta KB pria baik KB Aktif maupun KB Baru.
- Meningkatkan jumlah dan mutu pengelolaan program.

- Meningkatkan frekuensi dan mutu kegiatan peningkatan partisipasi pria di lapangan.

Toga dan Toma yang berperan dalam peningkatan partisipasi pria pada umumnya adalah orang-orang yang mempunyai latar belakang pribadi, status dan jabatan serta kemantapannya untuk melaksanakan program KB pria. Mereka antara lain adalah: Ketua LKMD, Ketua RW/RT, Kepala Dusun, Pegawai Negeri, Guru, TNI dan Polri, Pegawai Swasta, Orang terkemuka, Kiai, Ustadz dan Ustadzah, Pemuka Agama, Tokoh Lembaga Swadaya Masyarakat, Penggerak PKK di semua tingkatan, Isteri Ulama, Isteri Ketua Adat, Dukun bayi, Tokoh Pemua, Tokoh Kesenian dan sebagainya. Di setiap wilayah mereka yang ditokohkan sebagai Toga dan Toma sering berlainan sesuai dengan situasi dan kondisi wilayah setempat. (Gemapria, 2008)

Toga dan Toma dalam kehidupan sehari-haripun mempunyai peran yang penting. Secara umum, Toga dan Toma mempunyai peran baik sebagai deseminator. Dimana Toga dan Toma dapat menyampaikan secara selektif informasi serta menginterpretasikan makna program KB kepada berbagai pihak dalam masyarakat, khususnya dalam upaya peningkatan partisipasi pria dalam KB dan Kesehatan Reproduksi. Kegiatan yang dilakukan para Toga dan Toma merupakan upaya untuk mempertajam isi pesan yang akan disampaikan kepada masyarakat sesuai dengan tuntutan dan tantangan program yang semakin berkembang.

Sebagai mobilisator, Toga dan Toma akan berupaya menggalang, menggerakkan dan mengendalikan alokasi sumber daya yang dibutuhkan oleh masyarakat. Sedangkan perannya sebagai Katalisator, Toga dan Toma bisa menjadi penghubung antara kebutuhan pasangan usia subur dengan berbagai pihak yang berwenang dalam pelaksanaan program KB; seperti Klinik KB, Puskesmas, Rumah sakit dan sebagainya. Peran sebagai Motivator, Toga dan Toma dapat berupaya untuk memberikan dorongan ke arah pemakaian kontrasepsi yang terbaik bagi pasangan usia subur. Dan peran selanjutnya adalah sebagai Deseminator. Dimana Toga dan Toma bisa mengajak masyarakat (khususnya pasangan usia subur) untuk selalu berusaha hidup sejahtera.

Merangkul Toga dan Toma sangat diutamakan dalam melaksanakan berbagai kegiatan yang mengarah kepada upaya menambah jumlah peserta KB Pria. Merangkul mereka akan memudahkan dan melancarkan berbagai kegiatan untuk mengajak para pria ber-KB. Dalam kaitannya dengan upaya peningkatan peserta KB Pria, Toga dan Toma dapat berperan sebagai tenaga KIE KB Pria, membantu pelayanan program integrasi, membina kelompok KB pria, memberikan pengayoman kepada peserta KB pria, maupun sebagai motivator.

Perlu diketahui bahwa faktor penentu keikutsertaan KB pria adalah sosialisasi alat kontrasepsi pria, penggunaan dan efek samping, persepsi dan sikap isteri terhadap alat KB pria, mutu pelayanan KB, jarak tempat pelayanan, serta peran Toga dan Toma dalam mendukung KB

pria. Hubungannya dengan masalah sosial budaya masyarakat, Toga dan Toma sangat berperan dalam menyadarkan dan memberi dukungan terhadap keterlibatan para suami dalam ber-KB, sehingga tidak harus selalu isteri yang ber-KB. Dengan dukungan positif para Toga dan Toma diharapkan keikutsertaan para pria untuk menjadi peserta KB semakin mantap. Peran Toga dan Toma dalam menginformasikan KB pria cukup bagus, tercermin dari data SDKI 2007 yang menyebutkan bahwa 24 persen informasi tentang KB pria diterima dari Toma.

Peran Toga dan Toma sangatlah penting untuk keberhasilan operasional pelaksanaan upaya Peningkatan Partisipasi Pria, merangkul mereka adalah jalan yang baik menuju tercapainya peserta KB pria yang mantap. Tentunya perhatian terhadap Toga dan Toma tidak boleh disepelekan begitu saja. (nwt, berbagai sumber)

G. Konsep Penelitian Kualitatif

Menurut Strasuss dan Corbin (1997: 11-13), yang dimaksud dengan penelitian kualitatif jenis penelitian yang menghasilkan perempuan-perempuan yang tidak dapat dicapai (diperoleh) dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau cara-cara lain dari kuantifikasi (pengukuran). Penelitian kualitatif secara umum dapat digunakan untuk penelitian tentang kehidupan masyarakat, sejarah, tingkah laku, fungsionalisasi organisasi, aktivitas sosial, dan lain-lain. Salah satu alasan menggunakan pendekatan kualitatif adalah pengalaman para peneliti dimana metode ini dapat digunakan untuk

menemukan dan memahami apa yang tersembunyi dibalik fenomena yang kadangkala merupakan sesuatu yang sulit untuk dipahami secara memuaskan. (Muhadjir, 2002: 163)

Bogdan dan Taylor (1992: 21-22) menjelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati. Pendekatan kualitatif diharapkan mampu menghasilkan uraian yang mendalam tentang ucapan, tulisan, dan atau perilaku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat, dan atau organisasi tertentu dalam suatu *setting* konteks tertentu yang dikaji dari sudut pandang yang utuh, komprehensif, dan holistik. Penelitian kualitatif bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang sifatnya umum terhadap kenyataan sosial dari perspektif partisipan. Pemahaman tersebut tidak ditentukan terlebih dahulu, tetapi didapat setelah melakukan terhadap kenyataan sosial yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan analisis tersebut kemudian ditarik kesimpulan berupa pemahaman umum yang sifatnya abstrak tentang kenyataan-kenyataan. (Hadjar, 1996 dalam Basrowi dan Sukidin, 2002: 2)

Moleong Lexy J. menyimpulkan penelitian kualitatif adalah “penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dll, secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-

kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah”. (2006)

Penelitian kualitatif memiliki ciri atau karakteristik yang membedakan dengan penelitian jenis lainnya. (Muhajir, 2002: 29). Dari hasil penelaahan pustaka yang dilakukan Moleong atas hasil dari mensitesakan pendapatnya Bogdan dan Biklen (1982: 27-30) dengan Linclon dan Guba (1985: 39-44) (dalam Andik Nurcahyo) ada 14 (empat belas) ciri penelitian kualitatif yaitu:

1. Dalam penelitian kualitatif data dikumpulkan dalam kondisi yang asli atau alamiah (*natural setting*)
2. Peneliti sebagai alat penelitian, artinya peneliti sebagai alat utama pengumpul data yaitu dengan metode pengumpulan data berdasarkan pengamatan dan wawancara.
3. Dalam penelitian kualitatif diusahakan pengumpulan data secara deskriptif yang kemudian ditulis dalam laporan. Data yang diperoleh dari penelitian ini berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka.
4. Penelitian kualitatif lebih mementingkan proses daripada hasil, artinya dalam pengumpulan data sering memperhatikan hasil dan akibat dari berbagai variabel yang saling mempengaruhi.
5. Latar belakang tingkah laku atau perbuatan dicari maknanya. Dengan demikian maka apa yang ada di balik tingkah laku manusia merupakan hal yang pokok bagi penelitian kualitatif. Mengutamakan data langsung atau “*first hand*”. Penelitian kualitatif menuntut sebanyak mungkin

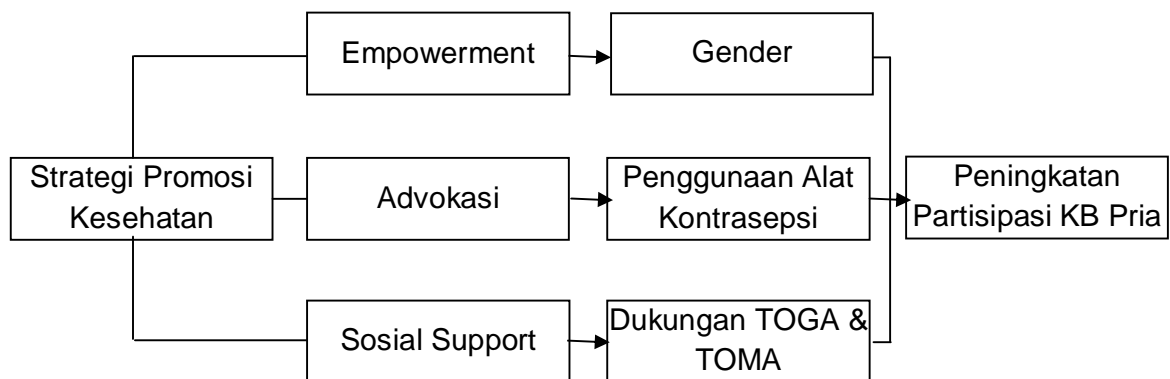
kepada peneliti untuk melakukan sendiri kegiatan penelitian di lapangan.

6. Dalam penelitian kualitatif digunakan metode triangulasi yang dilakukan secara ekstensif baik triangulasi metode maupun triangulasi sumber data.
7. Mementingkan rincian kontekstual. Peneliti mengumpulkan dan mencatat data yang sangat rinci mengenai hal-hal yang dianggap bertalian dengan masalah yang diteliti.
8. Subjek yang diteliti berkedudukan sama dengan peneliti, jadi tidak sebagai objek yang lebih rendah kedudukannya.
9. Mengutamakan perspektif emik, artinya mementingkan pandangan responden, yakni bagaimana ia memandang dan menafsirkan dunia dan segi pendiriannya.
10. Verifikasi. Penerapan metode ini antara lain melalui kasus yang bertentangan atau negatife.
11. Pengambilan sampel secara purposive. Metode kualitatif menggunakan sampel yang sedikit dan dipilih menurut tujuan penelitian.
12. Menggunakan "audit trail". Metode yang dimaksud adalah dengan mencantumkan metode pengumpulan dan analisa data.
13. Mengadakan analisis sejak awal penelitian. Data yang diperoleh langsung dianalisa, dilanjutkan dengan pencarian data lagi dan

dianalisa, demikian seterusnya sampai dianggap mencapai hasil yang memadai.

14. Teori bersifat dari dasar. Dengan data yang diperoleh dari penelitian di lapangan dapat dirumuskan kesimpulan atau teori.

H. Kerangka Pemikiran Variabel Yang Diteliti



Sebagaimana kerangka di atas menjadikan penguatan terhadap teori perubahan perilaku oleh Martin Fishbein yaitu Teori aksi Beralasan. Teori Aksi Beralasan atau *Theory of Reasoned Action* (TRA) disusun menggunakan asumsi dasar bahwa manusia berperilaku dengan cara yang sadar dan mempertimbangkan segala informasi yang tersedia. Dalam teori ini, menyatakan bahwa niat seseorang yang akan menentukan dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku. Niat didefinisikan sebagai kecenderungan seseorang atau suatu bentuk pikiran yang nyata dari refleksi untuk melakukan suatu tindakan. Secara lebih lanjut, teori ini mengemukakan bahwa niat dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yaitu sikap (*attitude towards behavior*) dan normal subyektif (*subjective norms*) (Dharmmesta, 1997: 4)

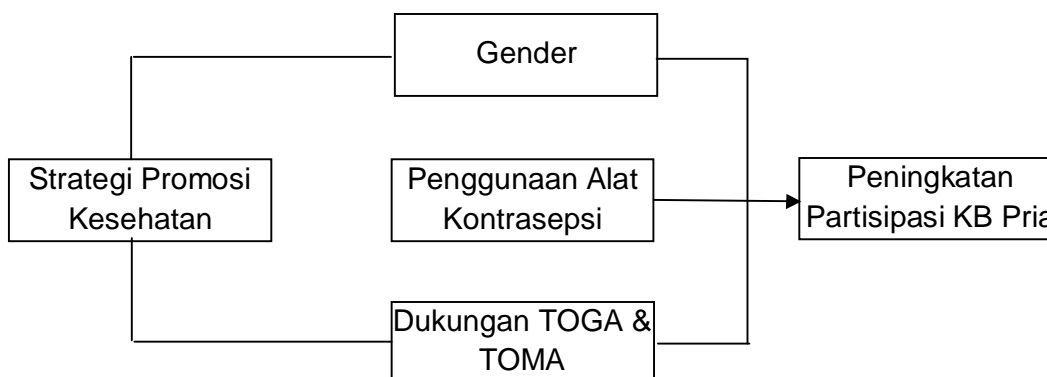
Berdasarkan *Theory of Reasoned Action*, sikap adalah tingkatan seseorang untuk mempunyai evaluasi yang baik atau kurang baik terhadap perilaku tertentu. Sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*). Keyakinan perilaku yaitu hal-hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tertentu. Sedangkan normal subyektif adalah tekanan yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan. Normal subyektif berasal dari keyakinan normatif (*normative belief*). Keyakinan normatif yaitu hal-hal yang berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan atau faktor lingkungan sosial khususnya orang-orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu yang dapat mempengaruhi keputusan individu.

Theory of Reason Action menggambarkan keterpaduan yang menyeluruh dari komponen sikap dalam struktur yang mengarahkan prediksi dan penjelasan yang lebih baik dari perilaku. Menurut Widhiani (2006), teori ini memandang perilaku seseorang sebagai fungsi dari niatnya untuk berperilaku dalam cara tertentu dan variabel penguat lainnya (*intervening*). Sikap seseorang dipengaruhi oleh adanya kepercayaan dan evaluasi individu, kemudian dari sikap dan norma subyektifnya akan membentuk niat seseorang untuk melakukan perilaku, sehingga antara kepercayaan, sikap dan perilaku akan saling mempengaruhi.

Dalam hal ini sejauh mana partisipasi KB Pria sangat bergantung dari upaya pemberdayaan atau pelibatan pria dalam pelaksanaan program KB dan upaya meminimalisir hambatan yang selama ini ditemukan sehingga program KB pria berjalan sesuai dengan perencanaan BKKBN. Peningkatan akses pelayanan alat kontrasepsi juga menjadi reinforcement dan kebijakan pemerintah/ BKKBN dalam pelaksanaan program tentunya berkenaan dengan penjangkauan informasi dan pelayanan terhadap keikutsertaan KB pria yang nantinya diharapkan mampu meningkatkan partisipasi pria dalam penggunaan alat kontrasepsi. Hal ini juga berlaku dalam upaya dukungan dari tokoh masyarakat dan tokoh agama untuk membantu proses pelaksanaan program KB pria yang selama ini masih didominasi oleh perempuan. Dengan adanya program ini keadilan dan kesetaraan gender bisa tercapai.

I. Kerangka Konsep

1. Bagan Kerangka Konsep



2. Definisi Konseptual

a. Strategi Promosi Kesehatan adalah mencakup:

- 1) Advokasi adalah pendekatan kepada para pemimpin atau pengambil kebijakan agar dapat memberikan dukungan maksimal, kemudahan perlindungan pada upaya kesehatan sekaligus suatu upaya persuasif yang mencakup kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu.
- 2) Dukungan sosial adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program) kesehatan.
- 3) Empowerment adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri.

b. Gender

Yang dimaksud gender pada penelitian ini adalah kesetaraan bagi suami dan istri dalam penentuan jenis alat kontrasepsi yang akan digunakan. Dapat dilihat dan dibedakan menjadi dua macam yaitu:

1) Keadilan Gender

Adalah suatu kondisi dan perlakuan yang adil terhadap perempuan dan laki-laki. Agar supaya apa yang adil terhadap perempuan dan laki-laki dapat terwujud, diperlukan langkah-langkah untuk menghentikan hal-hal yang secara psikis, politik serta sosial budaya dapat menghambat perempuan dan laki-laki dalam menentukan jenis alat kontrasepsi yang akan digunakannya sesuai dengan kondisinya masing-masing.

2) Kesetaraan Gender

Adalah penilaian atau penghargaan yang sama oleh masyarakat terhadap persamaan dan perbedaan perempuan dan laki-laki serta berbagai peran yang mereka jalankan khususnya dalam keikutsertaannya dalam Program Keluarga Berencana.

c. Penggunaan Alat Kontrasepsi

Yang dimaksud alat kontrasepsi adalah alat yang digunakan untuk menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma.

1) Penggunaan alat kontrasepsi yang dimaksud adalah rendahnya tingkat partisipasi KB pria dalam menggunakan alat kontrasepsi.

2) Ketersediaan alat kontrasepsi yang dimaksud adalah alat kontrasepsi yang diperuntukkan bagi pria hanya terbatas pada

Kondom dan Vasektomi, dibandingkan dengan perempuan yaitu Pil KB, Susuk/Implant, Suntikan, IUD/AKDR dan tubektomi.

d. Dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat

Dukungan tokoh agama dan tokoh masyarakat di sini adalah kegiatan yang dilakukan oleh tokoh agama dan tokoh masyarakat untuk mensosialisasikan program KB khususnya KB pria agar masyarakat mau dan berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut.

e. Peningkatan Partisipasi KB Pria adalah meningkatkan keikutsertaan/pelibatan masyarakat dalam kegiatan pelaksanaan program pembangunan dalam merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan serta mampu meningkatkan kemauan menerima dan kemampuan untuk menanggapi, baik secara langsung maupun tidak langsung sejak dari gagasan, perumusan kebijaksanaan hingga pelaksanaan program dalam hal ini KB pria.