

Pengarah

Dr. Abidinsyah Siregar, DHSM, M.Kes

Penyusun

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo M.Comm. H

Drs. Anwar Hassan, MPH

Dr. drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes.

Dr. drs. Tri Kianto, M. Kes

Kontributor

dr. Ariani, Sp.KO

H.A. Mukti Bisri, M.Ag

Ir. Muhammad Nasir, M.Kes

Ismoyowati, SKM, M.Kes

Endang Sri Widyaningsih, SKM, M.Kes

Dra. Ruflina Rauf, M.Si

Dra. Zuraida, MPH

Drg. James Johnson, MPH

Dwiati Sekaringsih, SKM, M.Kes

Drg. Marlina Ginting, M.Kes

Ir. Bambang Setiadji, M.Kes

Riesparia Magi Awang, SKM, M.Kes

Ir. Dina Agoes, M.Kes

Yussiana Elza, M.Si

Winitra Rahmani, S.Sos

Woro Sandra Aryani, SKM

dr. Zarfiel Tafal

Penyunting

Dra. Carolina Endah Wuryaningsih, M.Kes.

Dien Anshari, S.Sos., M.Si



PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH



Pusat Promosi Kesehatan
Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Tahun 2008

Kata Pengantar

Anak sekolah merupakan aset atau modal utama pembangunan di masa depan yang perlu dijaga, ditingkatkan dan dilindungi kesehatannya. Sekolah selain berfungsi sebagai tempat pembelajaran juga dapat menjadi ancaman penularan penyakit jika tidak dikelola dengan baik.

Promosi Kesehatan di Sekolah menggunakan model holistik meliputi hubungan antar aspek kesehatan, yaitu fisik, mental, sosial dan lingkungan. Konsep ini melibatkan keluarga, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk berpartisipasi dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan anak sekolah tentang kesehatan dan menunjukkan makna lingkungan sebagai penyumbang kesehatan anak seperti kondisi fisik sekolah, sanitasi, air bersih, lingkungan bermain.

Promosi kesehatan mempunyai peran penting, khususnya dalam proses pemberdayaan warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah. Oleh karena itu, promosi kesehatan di Indonesia saat ini dan di masa depan diarahkan untuk mempercepat pencapaian sekolah sehat.

Salah satu upaya untuk mengembangkan promosi kesehatan di sekolah adalah melalui pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) sebagai upaya pendidikan dan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu, terencana, terarah dan bertanggung jawab dalam menanamkan, menumbuhkan dan mengembangkan serta membimbing dalam melaksanakan prinsip hidup bersih dan sehat dalam kehidupan siswa, guru dan masyarakat lingkungan sekolah.

Untuk itu, disusunlah Buku Promosi Kesehatan di Sekolah yang dapat dijadikan sebagai referensi bagi pengelola promosi kesehatan di sekolah, Tim Pembina UKS dan Tim Pelaksana UKS, serta berbagai pihak terkait dalam pembinaan dan pengembangan promosi kesehatan di sekolah serta akademisi. Disamping itu, materi yang disampaikan dalam buku ini untuk memperkaya buku Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah yang disusun oleh Tim Pembina UKS Pusat yang telah dicetak tahun 2007.

Kami berharap kehadiran buku ini dapat bermanfaat bagi pengembangan promosi kesehatan di sekolah di era otonomi daerah menuju Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat.

Jakarta, Desember 2008
Kepala Pusat Promosi Kesehatan

dr. Abidinsyah Siregar, DHSM, M.Kes

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	III
BAB 1 PENDAHULUAN	1
BAB 2 PERKEMBANGAN DAN KONSEP PROMOSI KESEHATAN	11
2.1. Peran Promosi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat	11
2.2. Perkembangan Promosi Kesehatan	17
2.3. Konsep Promosi Kesehatan	19
BAB 3 URGENSI PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	37
3.1. Arti Strategis Promosi Kesehatan di Sekolah	38
3.2. Pengaruh Promosi Kesehatan di Sekolah terhadap Keluarga	48
BAB 4 ELEMEN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	53
4.1. Pelibatan Masyarakat dalam Promosi Kesehatan di Sekolah	56
4.2. Lingkungan Fisik dan Psikososial yang Sehat	59
4.3. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (life skills)	61
4.4. Pelayanan Kesehatan di Sekolah	65
4.5. Kebijakan Sekolah Sehat	66
BAB 5 STRATEGI & PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	61
5.1. Aktivitas Kunci Promosi Kesehatan di Sekolah	74
5.2. Penyelenggaraan Promosi Kesehatan di Sekolah	78
5.3. Kemitraan dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Sekolah	80
5.4. Program Promosi Kesehatan di Sekolah	83
BAB 6 PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	95
6.1. Analisis Situasi	96
6.2. Pengembangan Rencana Kegiatan	101
BAB 7 MONITORING, EVALUASI & INDIKATOR PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	107
7.1. Monitoring dan Evaluasi	108
7.2. Indikator Monitoring dan Evaluasi	111
REFERENSI	115

Promosi
Kesehatan
di Sekolah

BAB 1

PENDAHULUAN



BAB 1 PENDAHULUAN

Terminologi Promosi Kesehatan yang digunakan dewasa ini merupakan bentuk perkembangan dari Pendidikan Kesehatan yang telah digunakan berpuluh-puluh tahun yang lalu. Secara umum pendidikan kesehatan adalah suatu upaya untuk mempengaruhi masyarakat, baik individu, maupun kelompok agar mereka berperilaku hidup sehat. Dari batasan ini terlihat bahwa target dari pendidikan kesehatan hanya perilaku, utamanya perubahan perilaku (*behavior changing*). Akan tetapi untuk perubahan perilaku tidak hanya sekedar diberikan pengetahuan, pemahaman dan informasi-informasi tentang kesehatan. Untuk terjadinya perubahan perilaku diperlukan faktor lain yang berupa fasilitas atau sarana dan prasarana untuk mendukung terjadinya perilaku tersebut (*enabling factors*) dan, dorongan-dorongan dari luar yang memperkuat terjadinya perubahan perilaku ini, atau disebut juga *reinforcing factors* (Green, 1980). Oleh sebab itu, penggunaan terminologi Promosi Kesehatan dianggap lebih tepat dibanding dengan Pendidikan Kesehatan.

Seperti halnya Kesehatan Masyarakat, Promosi Kesehatan sebagai bagian dari Kesehatan Masyarakat juga mempunyai aspek teori atau ilmu, dan praktek, aplikasi atau seni. Dari aspek aplikasi, Promosi Kesehatan mencakup komponen atau faktor-faktor yang terkait dengan pelaksanaan Promosi Kesehatan di lapangan. Pelaksanaan atau Promosi Kesehatan dari aspek praktis, tidak terlepas dari 6W dan 1H, yakni:

- a. **Why**, mengapa promosi kesehatan perlu dilakukan (perlunya promosi kesehatan);
- b. **Who**, siapa yang melaksanakan promosi kesehatan, (pelaksana promosi kesehatan);
- c. **Whom**, kepada siapa promosi kesehatan dilakukan atau dilaksanakan (sasaran promosi kesehatan)
- d. **What**, apa saja yang akan diberikan kepada masyarakat (materi promosi kesehatan);
- e. **When**, kapan promosi kesehatan dilaksanakan (waktu pelaksanaan promosi kesehatan);

- f. *Where*, dimana promosi kesehatan dilakukan (tempat atau tatanan promosi kesehatan dilakukan);
- g. *How*, bagaimana cara melakukan promosi kesehatan (metode dan teknik promosi kesehatan).

1. Perlunya Promosi Kesehatan :

Promosi Kesehatan merupakan pilar utama Kesehatan Masyarakat. Hal ini dapat dipahami karena semua bidang atau program kesehatan mempunyai aspek perilaku. Penyakit menular maupun tidak menular terjadi, bukan hanya karena agen atau penyebab penyakit saja, melainkan juga karena faktor perilaku manusia sendiri. Misalnya penyakit HIV/AIDS atau penyakit menular seksual lainnya, virus tidak akan masuk ke tubuh manusia tanpa perilaku manusia, baik melalui hubungan seks maupun jarum suntik. Demikian pula penyakit tidak menular, misalnya kegemukan, yang merupakan faktor resiko berbagai penyakit misalnya jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, dan sebagainya, adalah akibat dari perilaku manusia (makan tidak terkontrol, dan tidak melakukan aktivitas fisik atau olah raga secara teratur).

Demikian juga masalah kesehatan yang lain seperti kesehatan lingkungan, kesehatan reproduksi, gizi, imunisasi, kecelakaan, dan sebagainya, selalu melibatkan perilaku. Untuk intervensi terhadap faktor resiko perilaku terhadap penyakit atau masalah kesehatan tersebut, tidak lain adalah Promosi Kesehatan. Disamping Promosi Kesehatan diperlukan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor resiko masalah kesehatan atau penyakit tersebut, Promosi Kesehatan juga diperlukan oleh berbagai tingkat pelayanan. Promosi Kesehatan diperlukan pada tingkat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Itulah sebabnya, Promosi Kesehatan diperlukan semua program kesehatan, baik untuk program preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif.

2. Pelaksana Promosi Kesehatan

Semua petugas kesehatan, utamanya yang berada di garis depan (*front line*) pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah sebagai pelaksana Promosi

Kesehatan. Petugas kesehatan baik sebagai pegawai negeri, pegawai pemerintah daerah, pegawai BUMN maupun swasta yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas atau Balikesmas, Poliklinik, atau praktek swasta adalah juga sekaligus merupakan petugas Promosi Kesehatan atau Promotor/Pendidik Kesehatan. Dokter, dokter gigi, perawat, bidan, petugas di ruang obat atau apotek dan sebagainya, dalam tugasnya melayani pasien sehari-hari berkewajiban untuk menyampaikan informasi-informasi kepada pasien atau yang dilayani (klien) terkait dengan penyakit atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien tersebut.

Di samping itu, semua petugas kesehatan dimanapun berada dalam masyarakat, termasuk yang tidak bertugas di garis depan pelayanan, sebenarnya juga berfungsi sebagai Promotor Kesehatan. Perilaku petugas kesehatan di lingkungan tempat tinggal ataupun di masyarakat secara umum, sesuai dengan nilai-nilai kesehatan (rapi, bersih, tidak merokok, membuang sampah di tempat yang benar, tidak minum minuman keras, tidak menggunakan narkoba, dan sebagainya) adalah bentuk promosi kesehatan bagi masyarakat lingkungannya.

3. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan adalah masyarakat yang sangat heterogen, baik dilihat dari kelompok umur, latar belakang etnis dan sosio-budaya, latar belakang ekonomi, latar belakang pendidikan, dan sebagainya. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan, biasanya sasaran promosi kesehatan ini dikelompokkan menjadi 3, yakni sasaran primer, sekunder dan tertier.

a. Sasaran primer

Sasaran primer adalah kelompok masyarakat yang akan diubah perilakunya. Masyarakat umum, yang mempunyai latar belakang yang heterogen seperti disebutkan di atas, merupakan sasaran primer dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Akan tetapi dalam praktik promosi kesehatan, sasaran primer ini dikelompokkan menjadi kelompok kepala keluarga, ibu hamil, ibu menyusui, ibu anak balita, anak sekolah, remaja, pekerja di tempat kerja, masyarakat di tempat-tempat umum, dan sebagainya.

b. Sasaran sekunder

Tokoh masyarakat setempat (formal, maupun informal) dapat digunakan sebagai jembatan untuk mengefektifkan pelaksanaan promosi kesehatan terhadap masyarakat (sasaran primer). Tokoh masyarakat merupakan tokoh panutan bagi masyarakatnya. Perilakunya selalu menjadi acuan bagi masyarakat di sekitarnya. Oleh sebab itu, tokoh masyarakat dapat dijadikan sasaran sekunder dengan cara memberikan kemampuan untuk menyampaikan pesan-pesan bagi masyarakat, di samping mereka sendiri dapat menjadi contoh perilaku sehat bagi masyarakat di sekelilingnya.

c. Sasaran tertier

Seperti telah disebutkan di atas bahwa masyarakat memerlukan faktor pemungkin (*enabling*) untuk berperilaku sehat, yakni sarana dan prasarana untuk terwujudnya perilaku tersebut. Namun, untuk pengadaan sarana dan prasarana untuk berperilaku sehat ini seringkali masyarakat sendiri tidak mampu. Untuk itu perlu dukungan dari penentu atau pembuat keputusan di tingkat lokal, utamanya, misalnya lurah, camat, bupati atau pejabat pemerintah setempat. Misalnya di daerah yang sangat kekurangan air bersih, padahal masyarakatnya tidak mampu mengadakan sarana air bersih tersebut. Oleh sebab itu kegiatan promosi kesehatan dapat menjadikan para pejabat setempat ini sebagai sasaran tertier. Caranya misalnya, bupati atau camat dapat menganggarkan melalui APBD untuk pembangunan sarana air bersih tersebut.

4. Materi Promosi Kesehatan

Bahan-bahan/materi atau informasi-informasi yang disampaikan kepada masyarakat atau sasaran melalui kegiatan promosi kesehatan adalah semua informasi yang dapat menstimulasi perilaku hidup sehat, antara lain :

- a. Penyakit-penyakit menular yang mencakup tanda-tanda penyakit, penyebabnya, cara penularan, cara pencegahan, pertolongan pertama kasus, dsb.

- b. Penyakit-penyakit tidak menular yang mencakup tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara pencegahannya, cara mencegah komplikasi, dan sebagainya.
- c. Imunisasi
- d. Gizi makanan
- e. Kebersihan diri sendiri (*personal hygiene*)
- f. Kesehatan lingkungan
- g. Hal-hal yang terkait dengan masalah kesehatan pada kelompok masyarakat tertentu, seperti ibu hamil, ibu menyusui, anak balita, remaja, dan sebagainya.

5. Waktu Pelaksanaan Promosi Kesehatan

Waktu pelaksanaan Promosi Kesehatan sangat tergantung dari kondisi dan situasi pada masyarakat sasaran. Disamping itu juga tergantung pada proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Prinsipnya pelaksanaan promosi kesehatan disesuaikan dengan ketersediaan waktu sasaran pelayanan, dan kebutuhan pelayanan bagi masyarakat sasaran.

6. Tempat atau Tatanan Promosi Kesehatan

Tempat atau tatanan dimana promosi kesehatan dilaksanakan juga sangat bergantung pada sasaran, apakah masyarakat umum atau sasaran kelompok-kelompok khusus. Namun secara garis besarnya, tatanan atau tempat promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi sebagai berikut:

- a. Rumah tangga
- b. Tatanan institusi pelayanan kesehatan, misalnya: Puskesmas, Rumah Sakit, Poliklinik (Balai Pengobatan), Rumah Bersalin, dan sebagainya.
- c. Sekolah
- d. Tempat kerja
- e. Tempat-tempat umum (terminal, pasar, bandara, panti pijat, stasiun kereta api, mall, dan sebagainya).

7. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah cara dan dengan alat bantu atau teknologi mana promosi kesehatan akan dilaksanakan untuk menjangkau sasaran tersebut. Penggunaan metode dan alat bantu dalam pelaksanaan promosi kesehatan biasanya tergantung pada besar kecilnya kelompok sasaran, pada umumnya dibedakan menjadi :

- a. Sasaran individual, biasanya menggunakan metode konseling dengan menggunakan alat bantu yang diperlukan, misalnya lembar balik.
- b. Sasaran kelompok (kelompok kecil dan kelompok besar), pada umumnya menggunakan metode ceramah, dibantu dengan slide, video atau film. Sedangkan khusus untuk kelompok kecil, disamping metode ceramah, juga dapat menggunakan metode diskusi kelompok, dan *brainstorming* (curah pendapat) dengan menggunakan alat bantu: slide, video, lembar balik, dan sebagainya.
- c. Sasaran kelompok khalayak ramai (massa), biasanya tidak menggunakan metode langsung, tetapi dengan menggunakan metode tidak langsung, misalnya melalui bincang-bincang (*talk show*) atau diskusi panel di televisi atau radio, penyebaran leaflet atau flyer, poster, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

Program Promosi Kesehatan di Indonesia semula dikelola atau dikembangkan oleh Direktorat Penyuluhan Kesehatan, yang selanjutnya pada tahun 1980-an diganti menjadi Pusat Penyuluhan Kesehatan. Penggunaan terminologi Penyuluhan pada saat itu hanya untuk menghindari tumpang tindih dengan nama Departemen Pendidikan. Oleh sebab itu meskipun menggunakan nama Pusat Penyuluhan Kesehatan, tetapi tugas dan fungsinya sama, yakni Pendidikan Kesehatan, dan sekarang berubah ke Promosi Kesehatan. Bersamaan dengan era reformasi, Pusat Penyuluhan Kesehatan diganti menjadi Pusat Promosi Kesehatan, sesuai dengan perkembangan yang terjadi di Badan Kesehatan Dunia atau WHO.

Terkait dengan pembinaan kesehatan sekolah di Indonesia, pada saat masih sebagai Pusat Penyuluhan Kesehatan bekerjasama dengan Seksi

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), yang pada waktu itu masih di bawah Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat, telah menyusun sebuah buku konsep yang mencakup juga semacam panduan bagi penyelenggaraan UKS. Buku inilah satu-satunya pegangan bagi usaha pembinaan kesehatan pada masyarakat sekolah, khususnya siswa.

Dapat disimpulkan bahwa UKS merupakan bentuk program pelaksanaan Pendidikan Kesehatan atau sekarang Promosi Kesehatan di Sekolah. Memang perlu disadari bersama bahwa UKS itu bukan satu-satunya milik atau tanggung jawab Departemen Kesehatan, tetapi tetap tanggung jawab dari empat departemen.

Di samping Departemen Kesehatan, juga terlibat Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, dan Departemen Dalam Negeri. Pelaksanaan UKS meliputi 3 kegiatan utama (Trias UKS), yakni :

- a. Pendidikan kesehatan
- b. Pembinaan lingkungan sekolah sehat
- c. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan

Kemudian pada tahun 1990-an, di tingkat internasional, WHO mengeluarkan semacam deklarasi yang disebut "*Health Promoting School*" atau Sekolah yang Berwawasan Kesehatan, atau sering juga diterjemahkan "Sekolah yang Mempromosikan Kesehatan". Kegiatan *health promoting school* (HPS). Elemen kegiatan mencakup 6 elemen yaitu:

- a. Pelibatan staf kesehatan dan pendidikan, guru, orang tua, tokoh-tokoh masyarakat dalam upaya promosi kesehatan di sekolah
- b. Penjaminan lingkungan yang sehat dan aman, baik fisik maupun psikososial
- c. Penyelenggaraan pendidikan kesehatan berbasis keterampilan yang efektif dan "*Life skill*"
- d. Penyediaan akses terhadap pelayanan kesehatan
- e. Penerapan kebijakan sekolah dan aktivitas yang menunjang kesehatan
- f. Upaya peningkatan kesehatan masyarakat secara menyeluruh

Usaha Kesehatan Sekolah di Indonesia (mungkin di negara lain berbeda), maupun Sekolah yang Berwawasan Kesehatan (health promoting school) sebenarnya memiliki tujuan utama yang sama, yakni membina komunitas sekolah sehingga menjadi sekolah yang sehat atau "healthy school". Perlu ditekankan disini, sekolah adalah salah satu tatanan yang sangat potensial dalam Promosi Kesehatan. Hubungan antara Promosi Kesehatan, dan Health Promoting School dapat digambarkan sebagai berikut :



Dari latar belakang seperti telah diuraikan di atas, maka Buku Promosi Kesehatan di Sekolah ini menguraikan berbagai hal yang terkait dengan teori atau konsep, dan berbagai aspek aplikatif Promosi Kesehatan di Sekolah. Oleh sebab itu ruang lingkup buku Promosi Kesehatan di Sekolah ini mencakup: Bagian pendahuluan buku ini menguraikan sebatas perkembangan promosi kesehatan, khususnya di Indonesia serta elemen-elemen kegiatan promosi kesehatan baik di Indonesia (versi UKS), maupun "health promoting school" atau sekolah yang berwawasan kesehatan seperti yang dirumuskan WHO. Bagian atau bab kedua menguraikan perkembangan dan konsep Promosi Kesehatan, sebagai dasar untuk memahami peran promosi kesehatan dalam kesehatan masyarakat, perkembangan dan konsep dasar Promosi Kesehatan. Bagian ketiga menguraikan urgensi atau pentingnya Promosi Kesehatan di Sekolah, sebagai komunitas yang khusus dan potensial dalam pembangunan bangsa ke depan.

Bagian keempat menguraikan elemen-elemen kegiatan "Health Promoting School" yang merupakan acuan penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan di sekolah. Bagian kelima menguraikan strategi Promosi Kesehatan di Sekolah agar tujuan dapat dicapai secara efektif dan efisien. Disamping itu, dalam bab ini juga diuraikan tentang berbagai program Promosi Kesehatan, baik di Indonesia, maupun negara-negara lain sebagai perbandingan. Bagian keenam menguraikan perencanaan promosi kesehatan di sekolah sebagai acuan dalam memulai atau sebagai langkah awal melaksanakan promosi kesehatan di sekolah. Sedangkan dalam bagian terakhir atau ketujuh buku ini menguraikan monitoring, evaluasi dan indikator, sebagai acuan bagi para implementor Promosi Kesehatan di Sekolah.



BAB 2

PERKEMBANGAN DAN KONSEP PROMOSI KESEHATAN



BAB 2

PERKEMBANGAN DAN KONSEP PROMOSI KESEHATAN

2.1. PERAN PROMOSI KESEHATAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Menjelang dimulainya dasawarsa kedua di milenium kedua, perjalanan bangsa Indonesia mewujudkan kesejahteraan hidupnya menghadapi berbagai cobaan dan rintangan yang semakin berat, termasuk problematika dalam kesehatan masyarakat. Program-program kesehatan masyarakat harus menghadapi masalah dan tantangan yang semakin besar dan kompleks. Upaya untuk menurunkan penyakit menular (*infectious diseases*) misalnya diare, pneumonia, demam berdarah belum sepenuhnya berhasil, merebak pula penyakit dan gangguan kesehatan akibat gaya hidup yang tidak sehat (*unhealthy life style*), misalnya merokok, penyalahgunaan zat (*substance abuse*), rendahnya aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, perilaku seks yang tidak aman, cedera akibat kecelakaan lalu lintas, dan kekerasan. Belakangan, beban tersebut diperberat karena munculnya penyakit baru (*new diseases*), misalnya avian influenza (flu burung).

Menurut Winslow (1974) kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang masa hidup dan meningkatkan derajat kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat dalam: a) perbaikan sanitasi lingkungan, b) pemberantasan penyakit menular, c) pendidikan untuk kebersihan perorangan, d) pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, serta e) pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kehidupan yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Sebagai ilmu, kesehatan masyarakat mempunyai perangkat berupa paradigma, teori, metode, dan teknologi yang khas, yang telah terbukti keberhasilannya dalam berkontribusi terhadap upaya meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Di sisi lain, mengingat sasaran kesehatan masyarakat

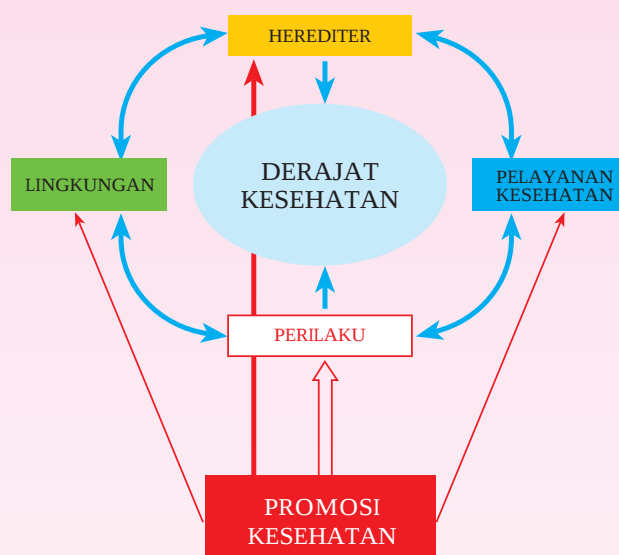
adalah manusia dengan berbagai ciri kepribadian serta keanekaragaman latar belakang budaya yang unik, maka penerapan ilmu kesehatan masyarakat memerlukan kreativitas seni, berupa apresiasi terhadap keragaman individual, kelompok dan masyarakat. Mengingat bahwa lapangan aktivitas kesehatan masyarakat adalah promosi dan pencegahan, maka segenap metode, teknik, upaya, dan seni tersebut harus diarahkan untuk mencegah dan mengendalikan berbagai penyakit menular, sekaligus mempromosikan (meningkatkan) perilaku yang selaras dengan kaidah kesehatan.

Dalam menyelenggarakan misi peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, kesehatan masyarakat ditopang oleh berbagai pilar, di antaranya adalah pendidikan atau promosi kesehatan. Hendrik L Blum dalam pandangan klasiknya menyatakan bahwa derajat kesehatan suatu masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, serta genetik. Oleh sebab itu upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga diarahkan kepada 4 faktor tersebut.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui intervensi faktor lingkungan adalah dengan memperbaiki lingkungan fisik (penyediaan air bersih, perbaikan pembuangan tinja, air limbah, pembuangan sampah, dan sebagainya), dan lingkungan non fisik (sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya). Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui intervensi pelayanan kesehatan adalah dengan perbaikan atau peningkatan pelayanan kesehatan sehingga terjangkau oleh masyarakat, baik terjangkau secara ekonomi maupun secara sosial budaya.

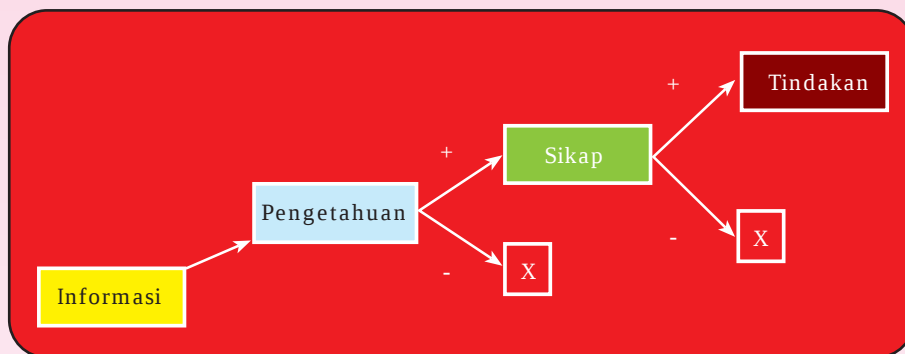
Sedangkan peningkatan kesehatan masyarakat melalui intervensi perilaku adalah dengan pendidikan atau promosi kesehatan. Dengan intervensi promosi kesehatan diharapkan perilaku masyarakat kondusif bagi kesehatan mereka. Lebih dari itu, pendidikan atau promosi kesehatan sebenarnya tidak hanya pada faktor lingkungan saja, tetapi juga berperan pada faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, bahkan juga berperan pada faktor herediter. Dari pengalaman empiris terbukti, bahwa meskipun masyarakat telah memperoleh fasilitas sarana air bersih dan jamban keluarga serta

fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi penggunaan oleh masyarakat tidak maksimal, bahkan tidak digunakan sama sekali. Hal ini disebabkan karena belum berperannya faktor perilaku yang juga memerlukan dukungan promosi kesehatan. Untuk jelasnya peran promosi atau pendidikan kesehatan terhadap kesehatan masyarakat dalam konteks teori Blum tersebut, dapat dilihat dalam gambar di bawah ini.



Perilaku sebagai sasaran intervensi mempunyai 3 domain, yakni: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan praktek atau tindakan (*practice*). Pengetahuan dan sikap merupakan perilaku yang masih tertutup (*covert behavior*), sedangkan praktek atau tindakan merupakan perilaku yang sudah terbuka (*overt behavior*). Oleh sebab itu, perubahan perilaku sebagai hasil pendidikan atau promosi kesehatan terjadi secara bertingkat. Pemberian informasi melalui penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari promosi kesehatan akan meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan. Pengetahuan kesehatan akan meningkatkan sikap terhadap kesehatan, dan selanjutnya akan berakibat terhadap perubahan praktek hidup sehat (*overt behavior*).

Secara sederhana, hubungan antara paparan informasi (pengetahuan) sampai dengan terbentuknya perilaku bisa digambarkan sebagaimana pada bagan berikut.



Terjadinya perubahan perilaku tergantung pada: a) jumlah dan mutu informasi yang diterima, b) besarnya kebutuhan untuk berperilaku. Jumlah berkaitan dengan seberapa banyak informasi yang diluncurkan dan seberapa sering khalayak sasaran kontak dengan informasi. Mutu informasi berhubungan bagaimana informasi dihasilkan dan seberapa efektif informasi bisa merubah perilaku. Adapun kebutuhan untuk berperilaku berkaitan dengan seberapa besar suatu masalah (kesehatan) dipersepsikan.

Sebagaimana diketahui, perilaku terbentuk melalui 2 cara, yaitu perilaku yang tidak direncanakan dan perilaku yang direncanakan. Perilaku yang tidak direncanakan bukanlah menjadi tujuan dari upaya pendidikan dan promosi kesehatan. Oleh karenanya perlu disadari bahwa perilaku dapat dirubah jika ada sejumlah faktor pencetus berupa stimulus (rangsang), faktor-faktor pemungkin serta faktor-faktor yang menguatkan.

Beberapa rangsang yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku, diantaranya:

- a. **Rangsang fisik** yaitu pengalaman tidak nyaman ketika tertimpa masalah kesehatan

- b) **Rangsang pengetahuan dan kekhawatiran**, yaitu pengalaman bahwa penyakit yang dideritanya beresiko tinggi terhadap keselamatan jiwanya, sehingga muncul sikap bahwa suatu penyakit harus dicegah
- c. **Rangsang keterampilan dan kesadaran terhadap kemampuan diri**, yaitu persepsi khalayak bahwa sebenarnya setiap orang bisa melakukan upaya pencegahan sebab dalam prakteknya mudah melaksanakannya
- d. **Rangsang mikrososial dari keluarga dan jaringan terdekat**, yaitu dorongan dari keluarga untuk sesegera mungkin mencari pertolongan jika ada anggota yang mengalami gangguan kesehatan
- e. **Rangsang makrososial norma, program pemerintah dan gerakan masyarakat** yaitu tarikan dari masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan secara teratur satu minggu sekali
- f. **Rangsang ekonomi dan daya beli**, yaitu kesadaran pada khalayak bahwa upaya pencegahan penyakit sangat murah sebab hampir tidak membutuhkan biaya untuk melaksanakannya
- g. **Rangsang perilaku saing**, yaitu ada tidaknya perilaku lain yang harus dilaksanakan, misalnya pada hari Minggu harus selalu membawa keluarga pesiar. Atas setiap rangsang yang diterima individu senantiasa ada dua akibat perilaku, yaitu melakukan dan tidak melakukan sesuatu (misalnya memberantas sarang nyamuk).

Dalam upaya merubah perilaku hendaknya disadari bahwa mengalirnya informasi dari pengetahuan sampai dengan kebiasaan mengikuti model kerucut terbalik yang menggambarkan problematika perubahan perilaku, yaitu:

- a. Tidak semua sasaran yang terpapar (*exposed*) pesan mengerti isi pesan yang disampaikan;
- b. Tidak semua yang mengerti isi pesan akan menyetujuinya;
- c. Tidak semua yang setuju akan mempraktekkannya;
- d. Seringkali sasaran yang sudah mempraktekkan ternyata mempraktekkannya hanya untuk sementara waktu (*temporer*).

Saringan-saringan tersebut akan menapis sedemikian rupa sehingga secara hipotetik jika jumlah luncuran informasinya tidak maksimal maka bisa jadi praktek yang terbentuk sangat kurang, dan kebiasaan juga tidak terbentuk.

Di depan telah dijelaskan bahwa variasi perilaku terjadi karena jumlah dan mutu paparan. Mutu berkaitan dengan bagaimana informasi dihasilkan dan seberapa jauh efektivitas pesan dalam mengubah perilaku. Dengan demikian menjamin mutu jauh lebih sulit daripada memperbanyak jumlah paparan informasi. Perubahan dan pembentukan perilaku mengikuti beberapa tahap, yaitu:

- a. Terjadinya perubahan pengetahuan pada diri khalayak sasaran;
- b. Adanya persetujuan/respons positif terhadap pesan yang diterima;
- c. Munculnya niat untuk melaksanakan isi pesan yang diterima;
- d. Melaksanakan/mempraktikkan perilaku baru;
- e. Merasakan manfaatnya dan kemudian menginternalisasikannya menjadi kebiasaan.

Dari tahap kontak dengan pesan sampai dengan melakukannya dipengaruhi oleh 5 hal, yaitu: a) apakah pesan yang disampaikan sungguh menarik sehingga sangat disukai oleh khalayak (*attraction*); b) pesan disampaikan dalam kalimat yang sederhana sehingga mudah dipahami (*comprehension*); c) pesan yang disampaikan tidak bertentangan dengan norma sosial dan kebudayaan yang ada (*acceptability*); d) khalayak sasaran merasa bahwa pesan memang disampaikan untuk mereka (*self involvement*); dan e) pesan dikemas dengan serius sehingga mampu meyakinkan khalayak sasaran agar mau mengadopsi perilaku (*persuasion*).

Agar kelima hal tersebut terpenuhi maka langkah-langkah di dalam pengembangan pesan dan media perlu diikuti. Beberapa langkah yang tidak boleh ditinggalkan adalah mengembangkan rumusan pesan yang selaras dengan problematika perilaku dan melakukan uji coba atas setiap prototipe media komunikasi. Setelah pesan dirumuskan, maka perlu dilakukan kajian mendalam terhadap karakteristik, kekuatan dan kelemahan dari saluran yang akan digunakan. Sedapat mungkin saluran yang dipilih memenuhi beberapa syarat, antara lain:

- a. Saluran yang tersedia (*availability*)
- b. Saluran yang disukai (*favorable*)
- c. Saluran yang jangkauannya luas (*accessibility*)

- d. Saluran yang cocok dengan kebutuhan program (*compatibility*)
- e. Saluran yang cocok dengan kemampuan program (*feasible*)

2.2. PERKEMBANGAN PROMOSI KESEHATAN

Promosi Kesehatan berkembang dari Pendidikan Kesehatan. Seperti telah dijelaskan sebelumnya, bahwa Pendidikan Kesehatan merupakan intervensi terhadap perilaku sebagai determinan kesehatan atau kesehatan masyarakat. Secara umum, Pendidikan Kesehatan bertujuan untuk mengembangkan perilaku individu, kelompok, atau masyarakat agar mereka berperilaku hidup sehat. Mengembangkan perilaku di sini mencakup mengubah perilaku yang kurang atau tidak sehat menjadi perilaku sehat, meningkatkan perilaku sehat, atau mempertahankan perilaku sehat yang sudah dimilikinya.

Promosi Kesehatan sebenarnya merupakan revitalisasi atau pembaharuan dari Pendidikan Kesehatan tersebut. Bergesernya Pendidikan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan, tidak terlepas dari pengalaman empiris, bahwa pendidikan kesehatan sebelum tahun 1980-an hanya menekankan perubahan perilaku dengan pemberian informasi-informasi atau penyuluhan-penyuluhan kesehatan. Akibat dari praktik pendidikan kesehatan seperti ini perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan sangat lamban dan sangat kecil. Dari beberapa hasil studi yang ada, termasuk yang dilakukan oleh WHO, terungkap bahwa meskipun pengetahuan masyarakat tentang kesehatan telah tinggi, namun praktik atau tindakannya tentang kesehatan masih rendah. Hal ini berarti bahwa perubahan atau peningkatan pengetahuan tentang kesehatan tidak diimbangi dengan tindakan atau prakteknya.

Belajar dari pengalaman bertahun-tahun tersebut disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan belum "memampukan" (praktek atau tindakan) masyarakat untuk berperilaku sehat, tetapi baru dapat men-"tahukan" (pengetahuan) dan me-"maukan" (sikap). Hal ini terjadi karena memang dengan dicukupinya pengetahuan dan sikap saja tidak otomatis akan berubah menjadi praktek atau tindakan. Untuk melakukan hidup sehat

diperlukan faktor pendukung berupa sarana dan prasarana untuk melakukannya. Contoh: untuk makanan bergizi bukan hanya perlu pengetahuan tentang gizi, tetapi perlu tersedianya makanan bergizi, atau tersedia uang untuk membeli makanan; untuk buang air besar di jamban perlu tersedianya jamban, untuk menggunakan air bersih bukan hanya perlu pengetahuan air bersih, tetapi juga harus tersedia sarana air bersih, dan sebagainya.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka Pendidikan Kesehatan yang konotasinya hanya mengubah perilaku saja, direvitalisasi menjadi Promosi Kesehatan yang tidak hanya melakukan perubahan perilaku, tetapi juga perubahan determinan perilaku yang lain, yakni lingkungan, baik itu fisik, sosial, ekonomi, kebijakan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, dalam kurun waktu sekitar seperempat abad (1984-kini) konsep dan prinsip tentang promosi kesehatan dikembangkan dan disosialisasikan, diantaranya:

- a. Pada tahun 1984 berkembang konsep bahwa aktivitas promosi kesehatan dilakukan dengan memandang populasi sebagai suatu kesatuan, dilakukannya tindakan konkrit terhadap determinan kesehatan, mengkombinasikan beragam pendekatan, mengarahkan kegiatan pada upaya meningkatkan peran serta masyarakat, dan meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam memberdayakan masyarakat.
- b. Pada tahun 1986 piagam Ottawa menyatakan bahwa promosi kesehatan diselenggarakan dengan membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat aksi masyarakat, mengembangkan ketrampilan personal, dan reorientasi pelayanan kesehatan. Konferensi internasional promosi kesehatan selanjutnya menyatakan tentang perlunya:
 - Kebijakan berwawasan kesehatan (Adelaide tahun 1988);
 - Lingkungan yang mendukung kesehatan (Sundsvall, 1991);
 - Aliansi dan kemitraan (Jakarta, 1997).

2.3.KONSEP PROMOSI KESEHATAN

Konsep promosi kesehatan dalam bahasan ini mencakup: batasan atau definisi promosi kesehatan, ruang lingkup promosi kesehatan, strategi promosi kesehatan berdasarkan konsep WHO dan Piagam Ottawa (Ottawa Charter), metode dan teknik promosi kesehatan, dan pendekatan-pendekatan promosi kesehatan.

2.3.1. Batasan Promosi Kesehatan

Sejalan dengan perkembangan Promosi Kesehatan seperti telah diuraikan diatas, maka batasan promosi kesehatan juga mengalami berbagai ragam perkembangan, antara lain:

- a. Pada tahun 1986 Konferensi Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada mengeluarkan piagam Ottawa (*Ottawa Charter*). Dalam Ottawa Charter antara lain merumuskan batasan Promosi Kesehatan, yang lebih luas dan padat:
"Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health."
(Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk membuat orang atau masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya).
- b. Yayasan Kesehatan dari Victoria Australia (*VicHealth, 1996*) merumuskan definisi yang lebih tegas, jelas dan komprehensif, yakni:
"Health Promotion is a program are design to bring about change within people, organization, communities, and their environment".
(Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk melakukan perubahan perilaku, organisasi, komunitas, dan lingkungannya).
- c. Promosi Kesehatan terus berkembang, yang menyebabkan WHO harus merumuskan kembali batasan Promosi Kesehatan, sebagai berikut:
"Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health" (WHO, 2003).

Batasan ini lebih luas lagi, bahwa promosi kesehatan tidak hanya berurusan dengan perilaku sebagai salah satu determinan kesehatan, tetapi berkepentingan terhadap semua determinan kesehatan dalam rangka peningkatan kesehatan individu dan masyarakat. Promosi kesehatan adalah suatu proses untuk membuat individu dan masyarakat mampu dalam meningkatkan dan mengendalikan faktor-faktor (determinan-determinan) yang mempengaruhi kesehatan mereka, sehingga kesehatan individu maupun masyarakat meningkat.

Dari tiga kutipan batasan tersebut di atas, secara implisit diartikan bahwa Promosi Kesehatan tidak hanya terfokus pada perubahan perilaku saja, melainkan juga melakukan upaya perubahan lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosio-budaya, dan organisasi dimana orang tersebut berada. Promosi Kesehatan meyakini bahwa dengan terjadinya perubahan perilaku saja tidak akan efektif. Perubahan perilaku harus disertai dengan perubahan lingkungan agar terjadi perilaku yang langgeng.

Oleh sebab itu dapat dirumuskan dalam bentuk lain, bahwa Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan terjadinya perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Notoatmodjo, 2005). Sejalan dengan perkembangan batasan promosi kesehatan tersebut, dapat ditarik beberapa kata-kata kunci Promosi Kesehatan sebagai berikut:

- a. strategi yang diarahkan untuk menyampaikan informasi, mempengaruhi, serta membantu individu dan kelompok sehingga lebih aktif dan bertanggungjawab dalam kesehatan fisik dan mental (Lalonde, 1974);
- b. aktivitas dimana individu dan komunitas dapat menggunakannya untuk meningkatkan gaya hidup sehat (US Surgeon General, 1979);
- c. kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi organisasi, politik dan ekonomi yang dirancang guna memfasilitasi adaptasi perilaku dan lingkungan sehingga dapat meningkatkan kesehatannya (US Office of Health Information, 1980);

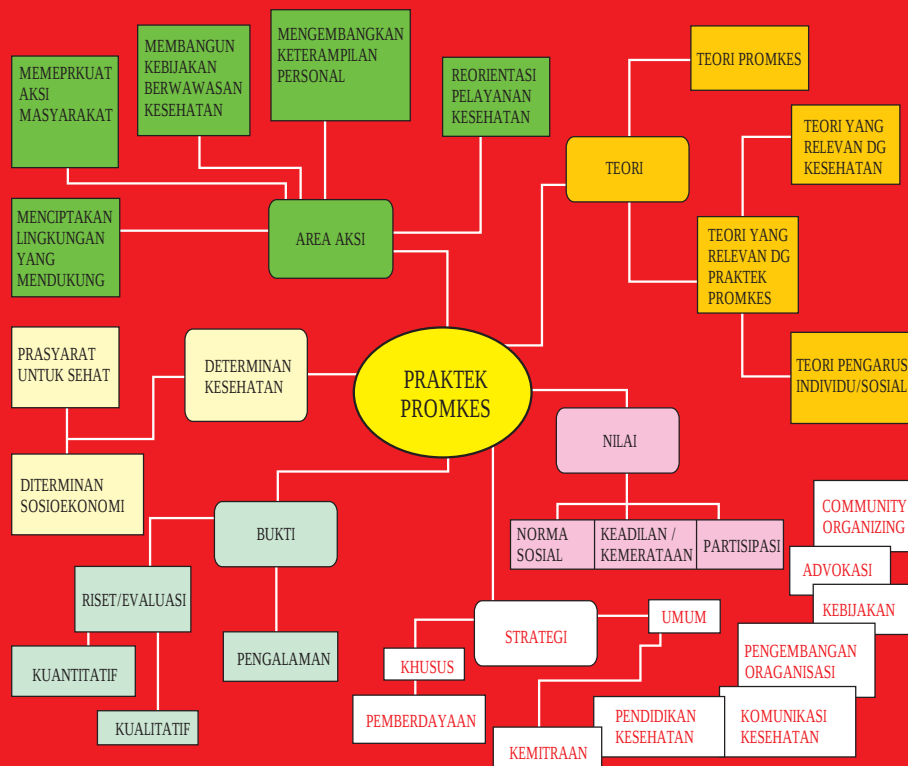
- d. implementasi berbagai upaya guna membantu sasaran meningkatkan empat ranah kesehatan, yaitu fisik, sosial, psikologik dan personal (Perry and Jessor, 1983);
- e. proses membantu masyarakat meningkatkan kemampuannya mengontrol berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatannya dan dengan demikian akan meningkatkan kesehatannya (WHO, 1986).

Berdasarkan berbagai definisi yang dirumuskan, terlihat bahwa semakin mutakhir definisi tersebut semakin tegas menyatakan perlunya peningkatan kemampuan, tanggung jawab dan peran serta masyarakat dalam upaya promosi kesehatan. Promosi kesehatan nampak jelas merupakan kegiatan sistematis mengatasi masalah dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui aktivitas pendidikan dan penyuluhan, advokasi untuk pengembangan kebijakan serta fasilitasi lingkungan. Promosi kesehatan dikembangkan dari pendidikan dan penyuluhan kesehatan. Oleh karena itu maka beberapa aktivitas pendidikan kesehatan perlu dilakukan juga dalam promosi kesehatan, diantaranya:

- a. Meningkatkan pengetahuan kelompok sasaran tentang isu kesehatan tertentu serta faktor-faktor yang berkontribusi pada kejadian sakit.
- b. Menyediakan informasi yang diperlukan kelompok sasaran.
- c. Memotivasi kelompok sasaran agar berubah perilakunya sehingga lebih kondusif terhadap kesehatan.
- d. Melengkapi kelompok sasaran dengan keterampilan tertentu sehingga percaya diri melakukan perubahan. Adapun kebijakan diperlukan untuk mempercepat perubahan sosial serta rekayasa dan fasilitasi lingkungan.

Promosi kesehatan dilaksanakan dengan berpedoman pada 6 komponen utama, yaitu penyebab masalah, nilai-nilai, teori, fakta, strategi dan aksi. Penyebab masalah terdiri dari prasyarat tercapainya kesehatan serta faktor sosiobudaya dan ekonomi. Nilai-nilai meliputi norma sosial, pemerataan/keadilan, partisipasi, dan holistik. Teori terdiri dari teori-teori promosi kesehatan, dan teori yang relevan dengan praktek promosi kesehatan. Yang dimaksud teori yang relevan dengan praktek kesehatan meliputi teori yang berhubungan dengan kesehatan, dan teori tentang pengaruh individual dan sosial. Fakta (bukti) diperoleh melalui pengalaman dan riset (kualitatif dan kuantitatif).

Strategi terdiri dari strategi umum dan strategi khusus. Strategi umum meliputi pendidikan kesehatan, komunikasi, pengembangan organisasi, pengorganisasian masyarakat, pengembangan kebijakan, advokasi, dan kolaborasi intersektoral. Adapun strategi khusus meliputi pemberdayaan masyarakat. Wilayah aksi promosi kesehatan meliputi penguatan aksi masyarakat, membangun kebijakan berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, mengembangkan keterampilan personal, dan reorientasi pelayanan kesehatan (Goodstadt, 1997). Penjelasan Goodstadt disampaikan pada bagan berikut ini.



(Diadaptasi dari Goodstadt, 1997)

2.3.2. Strategi promosi kesehatan

Strategi Promosi Kesehatan adalah upaya atau kegiatan yang strategis untuk mencapai tujuan-tujuan Promosi Kesehatan. Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada pada tahun 1986 menghasilkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*). Di dalam piagam ini dirumuskan strategi Promosi Kesehatan yang mencakup 5 butir, yakni:

1. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Healthy Public Policy*)

Merupakan suatu kegiatan yang ditujukan kepada para pembuat kebijakan publik (lintas sektor dan lintas program), agar mereka membuat atau mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang dapat mendukung program kesehatan, utamanya masyarakat berperilaku sehat. Kebijakan-kebijakan ini dapat dituangkan dalam bentuk undang-undang, surat keputusan, peraturan-peraturan daerah, dan sebagainya.

Contoh : keluarnya Perda DKI Jakarta tentang larangan merokok di tempat-tempat umum, adanya undang-undang yang mengatur kewajiban melakukan analisis dampak lingkungan bagi mereka yang akan mendirikan pabrik, industri, rumah sakit, dan bangunan-bangunan lain.

2. Lingkungan yang Mendukung (*Supportive Environment*)

Merupakan suatu kegiatan yang ditujukan kepada para pengelola tempat-tempat umum, termasuk pemerintah kota agar menyediakan sarana atau fasilitas yang mendukung atau memungkinkan masyarakat untuk berperilaku sehat.

Misalnya tersedianya tempat sampah, tempat pembuangan air besar dan air kecil (WC) dan air bersih, tersedianya tempat untuk perokok, dan sebagainya. Hal ini menunjukkan bahwa para pengelola tempat-tempat umum (utamanya pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, mall, super market, dan sebagainya) harus menyediakan tempat sampah, tempat pembuangan air besar dan air kecil, dan sebagainya guna mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya.

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

Reorientasi pelayanan kesehatan ini mencakup dua pengertian, atau dua sisi pelayanan, yakni dari sisi provider dan dari sisi jenis pelayanan. Dari sisi provider atau penyelenggara pelayanan kesehatan, perlu reorientasi dari provider (pemerintah) sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dan masyarakat sebagai penerima pelayanan (*consumer*), digeser ke arah bahwa masyarakat juga berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dengan kata lain pelayanan kesehatan adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat secara bersama. Dari sisi jenis pelayanan, ada pergeseran paradigma dari yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, ke pelayanan yang mengutamakan aksi promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif.

4. Keterampilan Individu (*Personal Skills*)

Masyarakat adalah agregat dari individu-individu yang tersebar dalam kumpulan keluarga. Oleh sebab itu, masyarakat yang sehat akan terbangun dari individu-individu yang sehat. Setiap individu yang sehat dihasilkan oleh keterampilan individu tersebut dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri (*personal skills*).

Kegiatan ini ditujukan kepada masyarakat baik secara individual, kelompok, ataupun massa, guna memberikan keterampilan agar setiap individu dalam masyarakat mampu memelihara kesehatan, mengenal dan mencegah penyakit, mencari pengobatan yang tepat bila sakit dan sebagainya.

5. Gerakan Masyarakat (*Community Action*)

Guna mewujudkan masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri, perlu adanya gerakan dalam masyarakat tersebut. Gerakan masyarakat yang dapat mendukung terwujudnya masyarakat yang mau dan mampu hidup sehat antara lain tercermin dalam bentuk gotong-royong memelihara lingkungan sehat,

adanya pos obat desa atau RT/RW, adanya arisan membuat jamban, berjalannya kegiatan Posyandu, dan sebagainya.

Pada tahun 1994, WHO merumuskan strategi Promosi Kesehatan yang lebih sederhana, yang hanya terdiri dari 3 butir, yakni advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat (WHO, 1994).

1. Advokasi (*advocacy*)

Merupakan ragam tindakan yang dirancang untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan masyarakat dan dukungan sistem untuk mewujudkan tujuan program (WHO 1989). Pada awalnya, advokasi dilakukan terhadap pemerintah, namun kini advokasi juga dapat dipahami sebagai usaha mempengaruhi kebijakan publik melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif (*John Hopkins University, 1999*). Oleh sebab itu, sasaran advokasi adalah para pembuat atau penentu kebijakan publik, baik pemerintah maupun swasta, maka disebut juga sasaran tertier. Kegiatan advokasi dapat dilakukan melalui pendekatan individual, misalnya "*lobbying*", presentasi, seminar, dan sebagainya untuk memperoleh dukungan kebijakan terhadap program yang akan dilaksanakan.

2. Dukungan sosial (*social support*)

Merupakan suatu kegiatan untuk memperoleh dukungan dari masyarakat (terutama tokoh masyarakat) terhadap program yang dilaksanakan. Dukungan sosial juga dimaksudkan untuk memperoleh peran serta aktif masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi berlangsungnya perubahan perilaku. Dukungan sosial juga diwujudkan dalam keterlibatan lingkungan sekitar kelompok sasaran dalam upaya mendorong akselerasi perubahan perilaku. Upaya ini sering juga disebut bina suasana, karena bertujuan juga untuk membina suasana yang kondusif terhadap terjadinya perubahan perilaku masyarakat. Sasaran utama kegiatan dukungan sosial ini adalah para tokoh masyarakat, baik formal maupun informal, dan disebut juga sebagai sasaran sekunder. Kegiatan memperoleh dukungan sosial dapat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan, seminar, lobbying, dan sebagainya.

3. Pemberdayaan (*empowerment*)

Merupakan upaya meningkatkan kemampuan kelompok sasaran sehingga mampu mengambil tindakan tepat atas berbagai permasalahan yang dialami. Pemberdayaan sedapat mungkin dilaksanakan dalam suatu proses yang partisipatif, sebab pemberdayaan juga berarti suatu proses dinamis dimana masyarakat belajar langsung dari tindakan. Sasaran pemberdayaan masyarakat ini jelas masyarakat akar rumput, dan merupakan sasaran utama (sasaran primer). Kegiatan pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui pelatihan-pelatihan kewirausahaan, atau pelatihan keterampilan berwiraswasta (*life skill education*) dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat.

2.3.3 Metode dan teknik promosi kesehatan

Sejalan dengan perkembangan masyarakat dan kompleksitas problematika kesehatan, metode dan teknik promosi kesehatan berkembang sangat pesat. Apabila pada awal perkembangannya, metode yang lebih mengemuka adalah propaganda dengan kampanye, namun kini berbagai metode promosi kesehatan melalui internet telah berkembang pesat. Banyak ahli kesehatan masyarakat memiliki situs jaringan (*website*) dan blog serta mengunggah (*upload*) gagasan dan pesan-pesan kesehatan sehingga diketahui oleh komunitas pengguna internet. Meskipun demikian, penggunaan berbagai metode dan teknik tersebut harus berpedoman pada karakteristik kelompok sasaran.

Metode promosi kesehatan individual dilakukan melalui teknik komunikasi langsung (dialog) antara sasaran dan petugas dengan komunikasi interpersonal dan konseling. Komunikasi interpersonal adalah bentuk interaksi antar manusia yang paling dasar, sebab pihak-pihak yang berkomunikasi berperan sebagai pengirim sekaligus penerima. Umpan balik secara langsung juga dimungkinkan. Dibanding metode penyuluhan lainnya, komunikasi interpersonal adalah yang paling efektif, walaupun paling membutuhkan waktu dan biaya. Dalam proses komunikasi interpersonal beberapa dimensi berikut cukup berpengaruh terhadap efektivitas komunikasi, yaitu:

- a. Dimensi fisik (mencakup tempat di mana komunikasi berlangsung);
- b. Dimensi sosial psikologi (mencakup status hubungan antar orang yang terlibat dalam komunikasi, peran, keakraban, formalitas, keseriusan, dan norma budaya);
- c. Dimensi temporal (adanya pesan khusus yang sesuai dengan rangkaian kejadian komunikasi). Adapun konseling adalah upaya membantu individu sehingga mampu mengambil keputusan atas berbagai pilihan yang tersedia.

Metode promosi kesehatan kelompok dilaksanakan pada dua jenis sasaran, yaitu sasaran kelompok kecil (sekitar 10-15 orang) dan sasaran kelompok besar (15-40 orang). Pada kelompok kecil, promosi kesehatan dapat dilakukan dengan teknik diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran, atau teknik lain yang sesuai. Sedangkan pada kelompok besar, promosi kesehatan dapat dilakukan dengan teknik ceramah, dan seminar. Komunikasi kelompok kecil adalah aktivitas penyuluhan melalui tatap muka serta kadang-kadang dilengkapi dengan alat bantu. Ciri komunikasi kelompok kecil adalah:

- a. Sasarannya tidak banyak (walaupun tidak ada ukuran seberapa kecil, namun para ahli sepakat bahwa penyuluhan terhadap kurang dari 10 orang disebut kelompok kecil);
- b. Tujuannya untuk mendorong sasaran melakukan sesuatu;
- c. Pesan mudah ditangkap oleh khalayak;
- d. Dapat terjadi interaksi antar sasaran serta antara sasaran dengan penyuluh sehingga bisa saling menguatkan dan umpan balik segera bisa dilakukan.

Adapun terhadap sasaran komunitas, metode promosi kesehatan secara massal dapat diterapkan melalui pemanfaatan media komunikasi massa, cetak dan elektronik. Komunikasi massa adalah aktivitas menyampaikan pesan melalui media massa secara luas dan terus menerus agar diketahui oleh banyak orang. Media massa mempunyai beberapa ciri, yaitu:

- a. Sasarannya khalayak yang luas;
- b. Tujuannya untuk menyadarkan khalayak sehingga isi pesan biasanya tidak mendalam;

- c) Pesan cepat disampaikan kepada khalayak luas;
- d) Satu arah sehingga umpan baliknya sering tertunda;
- e) Adanya gangguan komunikasi membuat penyuluhan melalui media massa tidak cukup dilakukan satu kali.

Metode komunikasi dalam promosi kesehatan yang digunakan tergantung pada tujuan yang ingin dicapai. Mengingat komunikasi sebenarnya merupakan hubungan antara pengirim (pesan) dan penerima, maka tujuannya juga perlu dilihat dari dua sudut pandang. Dari sudut pandang pengirim, komunikasi bertujuan:

1. Memberi informasi yang dianggap perlu untuk diketahui penerima
2. Mendidik
3. Menghibur
4. Mengajukan suatu tindakan

Adapun dari sudut pandang penerima maka tujuan dari komunikasi adalah:

1. Memahami informasi yang telah diterima
2. Mempelajari informasi yang dirasakan tertuju kepada dirinya
3. Menikmati informasi yang diterima
4. Menerima/menolak anjuran

Oleh karena beragamnya tujuan ini, maka memahami karakteristik setiap metode adalah hal yang esensial, sebab tidak ada satupun metode terbaik. Perencana program bisa memilih metode yang paling cocok atau mengombinasikan beberapa metode (multi metode) sepanjang asas-asas memilih metode dipenuhi.

Perlu diperhatikan bahwa sasaran promosi kesehatan adalah individu yang berkepribadian khas serta mempunyai latar belakang sosial, budaya dan ekonomi yang bervariasi. Kecil kemungkinannya suatu teknik promosi kesehatan cocok untuk semua kategori khalayak. Oleh karenanya suatu aktivitas promosi kesehatan perlu dilengkapi dengan: a) segmentasi sasaran, dan b) riset khalayak. Yang dimaksud dengan segmentasi sasaran adalah membagi sasaran umum ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan berbagai pertimbangan, misalnya pendidikan, keterpajanan informasi

kesehatan, kesiapan untuk bertindak, status sosial ekonomi dan sebagainya. Adapun riset khalayak dilaksanakan untuk memperoleh informasi tentang perilaku kesehatan, perilaku komunikasi, serta pola komunikasi yang disukai sasaran.

2.3.4 Ragam pendekatan dalam promosi kesehatan

Hingga saat ini, dalam promosi kesehatan dikenal ada lima jenis pendekatan, yaitu:

- a. pendekatan pencegahan (penyakit),
- b. pendekatan perubahan perilaku,
- c. pendekatan pendidikan,
- d. pendekatan pemberdayaan (masyarakat), dan
- e. pendekatan perubahan sosial.

Jika dianalisis, kelima pendekatan tersebut memiliki beberapa tujuan, yaitu mencegah penyakit, menjamin kecukupan informasi sehingga sasaran mampu menentukan pilihan perilaku yang tepat bagi kesehatannya, membantu meningkatkan keterampilan dan keyakinan sasaran dalam mengontrol kesehatannya, dan membuat perubahan dalam kebijakan dan lingkungan yang selaras dengan kesehatan.

Pendekatan pencegahan, atau yang populer sebagai pendekatan medik, diarahkan pada upaya untuk menurunkan kesakitan dan kematian dini. Sasaran pendekatan ini adalah penduduk secara keseluruhan, atau sasaran yang dinilai beresiko tinggi. Untuk itu, upaya promosi kesehatan yang melalui peningkatan intervensi medik, dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu:

- a. upaya pencegahan tingkat primer yang dilakukan agar individu tidak terjangkit suatu penyakit, contohnya imunisasi BCG untuk mencegah agar seseorang tidak tertular penyakit TBC, atau mendorong seseorang tidak merokok guna menghindari gangguan kesehatan akibat rokok.
- b. upaya pencegahan tingkat sekunder, adalah upaya untuk mencegah agar penyakit tidak berkembang melalui skrining dan diagnosis dini, misalnya penemuan atas kasus kusta.

- c. upaya pencegahan tingkat tersier, adalah upaya mengurangi ketidakmampuan (kecacatan) dan penderitaan karena penyakit yang diderita seseorang melalui program rehabilitasi maupun pendidikan untuk pasien.

Pendekatan medik ini sangat populer sebab menggunakan kaidah-kaidah ilmiah diantaranya epidemiologi, murah karena mencegah membutuhkan lebih sedikit biaya daripada mengobati, dipercaya (*credible*) karena lebih banyak melibatkan tenaga ahli profesional dari otoritas kesehatan, dan pernah sangat berhasil dalam aktivitas kesehatan masyarakat, diantaranya eradikasi polio melalui imunisasi. Meskipun demikian, pendekatan pencegahan juga mempunyai beberapa kelemahan, diantaranya:

- a. Kurang cocok digunakan untuk mempromosikan perilaku kesehatan positif (*positive health*),
- b. Kurang fleksibel diterapkan pada berbagai kondisi karena ketergantungannya terhadap perkembangan ilmu dan teknologi medik sangat tinggi, serta
- c. Kurang kondusif terhadap peningkatan peran serta dan tanggung jawab sasaran, karena sasaran berlaku pasif.

Pendekatan perubahan perilaku diarahkan untuk memberikan dukungan terhadap individu dalam mengadopsi perilaku sehat guna meningkatkan kesehatannya. Pendekatan ini menekankan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang tidak sederhana, dan tidak seorangpun yang sebenarnya memiliki kesiapan untuk bertindak. Pendekatan ini cukup populer sebab memandang bahwa kesehatan adalah kekayaan individu yang sangat berharga. Seseorang dapat memilih perilaku guna mencapai taraf kesehatan yang diinginkan. Dalam pendekatan ini dijelaskan bahwa perilaku yang terbentuk tidak dapat terlepas dari faktor-faktor pendahulunya. Contohnya, seseorang yang tidak mampu menyediakan asupan makanan sehat yang diperlukannya karena kurangnya informasi, rendahnya keterampilan memasak, ketiadaan peralatan, ketiadaan uang, preferensi keluarga, dan ketidaktersediaan makanan sehat di toko/warung.

Meskipun demikian, besarnya kontribusi setiap faktor pada perilaku yang diinginkan sangat bervariasi. Pada pendekatan perubahan perilaku digunakan berbagai metode, diantaranya kampanye, komunikasi massa, ceramah ahli, dimana keseluruhannya menggambarkan bagaimana promosi kesehatan dilaksanakan dengan memisahkan kategori tenaga kesehatan dan masyarakat awam. Tenaga kesehatan ditempatkan sebagai pakar yang mengetahui apa yang harus dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sedangkan masyarakat awam ditempatkan sebagai sasaran yang memerlukan pendidikan serta nasehat. Oleh karenanya sering terjadi intervensi promosi kesehatan hanya dilakukan berdasarkan pada pernyataan kebutuhan sasaran yang dapat diidentifikasi.

Pendekatan pendidikan diarahkan guna melengkapi sasaran promosi kesehatan dengan seperangkat pengetahuan, informasi dan keterampilan yang diperlukan agar sasaran mampu menentukan pilihan perilaku yang tepat untuk meningkatkan kesehatannya. Pendekatan ini dimulai dengan asumsi bahwa meningkatnya pengetahuan sebagai akibat intervensi pendidikan boleh jadi akan diikuti dengan perubahan sikap yang mendahului perubahan praktek. Oleh karenanya pendekatan ini dikenal sebagai pendekatan knowledge, attitude dan practice (KAP). Untuk itu, asumsi psikologis tentang proses belajar digunakan. Asumsi ini menyatakan bahwa belajar mengandung 3 aspek, yaitu:

- a. aspek kognitif, di mana dalam aktivitas belajar harus tersedia informasi, bahan belajar, dan kemampuan memahami,
- b. aspek afektif, yang menekankan pentingnya sikap yang positif dan perasaan senang terhadap apa yang dipelajari,
- c. aspek perilaku, berupa keterampilan yang harus dikuasai.

Pendekatan ini menekankan bahwa seseorang harus mampu menentukan pilihan perilaku yang tepat dalam situasi yang sebenarnya (nyata). Oleh karena itu, upaya promosi kesehatan dilakukan melalui berbagai simulasi serta menggunakan prinsip-prinsip belajar orang dewasa. Biasanya orang dewasa mempelajari sesuatu terkait dengan kepentingan praktis, mandiri, dan hanya perlu diberikan bimbingan jika memintanya (Ewless dan Simnett, 1999).

Pendekatan pemberdayaan berkembang sejalan dengan pengertian promosi kesehatan sebagai upaya menumbuhkan kemampuan orang untuk mengontrol berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatannya (WHO, 1986). Pendekatan ini bercirikan semangat aktivitas dari bawah ke atas (bottom up). Sasaran berperan aktif sebagai pelaku, sedangkan tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator. Perlu dipahami bahwa pemberdayaan dapat dikelompokkan menjadi pemberdayaan diri (self empowerment) dan pemberdayaan komunitas (community empowerment). Pemberdayaan diri sering digunakan dalam upaya meningkatkan kesehatan melalui kegiatan komunikasi interpersonal dan konseling.

Untuk meningkatkan hasil guna pemberdayaan, diperlukan beberapa persyaratan diantaranya adanya kesadaran sasaran tentang ketidakberdayaan mereka, situasi yang mereka inginkan untuk dirubah, dan sasaran memiliki keyakinan bahwa mereka bisa merubahnya jika mempunyai informasi yang kaya, dukungan yang cukup serta keterampilan yang memadai. Adapun pemberdayaan komunitas digunakan untuk melakukan berbagai upaya merubah kenyataan sosial yang dihadapi sasaran. Upaya pemberdayaan komunitas dapat ditempuh melalui aktivitas pengorganisasian dan pengembangan masyarakat, serta menumbuhkan peran serta masyarakat dalam mengatasi persoalannya. Pada pendekatan ini banyak dilakukan upaya advokasi serta penguatan peran tenaga kesehatan, sehingga nantinya mampu membantu sasaran untuk mengidentifikasi persoalan kesehatannya, dan sekaligus mengatasinya.

Pendekatan perubahan sosial diawali oleh suatu kesadaran akan penting dan besarnya faktor sosial ekonomi sebagai determinan kesehatan. Asumsi dari pendekatan perubahan sosial adalah bahwa opsi kesehatan yang dipilih haruslah yang paling mudah. Untuk itu berbagai pilihan yang akan diambil kelompok sasaran sebagai hasil promosi kesehatan harus memenuhi asas-asas efisiensi biaya, ketersediaan fasilitas dan kemudahan menjangkaunya. Untuk itu para tenaga kesehatan harus dibekali keterampilan dalam lobbying, negosiasi, pemahaman politik, dimana semuanya diarahkan agar perubahan sosial segera terjadi.

2.3.5 Prinsip-prinsip pelaksanaan promosi kesehatan

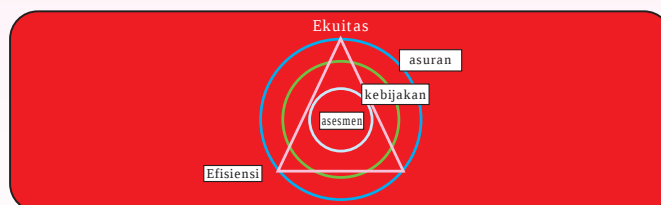
Di dalam kesehatan masyarakat dikenal tiga prinsip dasar kesehatan masyarakat, yaitu asesmen, pengembangan kebijakan, dan jaminan pelaksanaan. Oleh karenanya, program promosi kesehatan harus dilaksanakan dengan mengikuti ketiga prinsip tersebut. Asesmen mencakup tiga kegiatan pokok, yaitu:

- a. Secara teratur memantau status kesehatan masyarakat menggunakan indikator terpilih guna mengidentifikasi dan menetapkan prioritas masalah.
- b. Mendiagnosis serta menyelidiki masalah kesehatan dan ancaman/bahaya kesehatan dalam masyarakat.
- c. Mengevaluasi efektivitas, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan personal dan publik.

Pengembangan kebijakan mencakup tiga kegiatan, yaitu:

- a. Menginformasikan, mengedukasi, dan memberdayakan masyarakat tentang isu kesehatan tertentu.
- b. Memobilisasi kemitraan masyarakat untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan.
- c. Mengembangkan kebijakan dan program untuk mendukung upaya peningkatan kesehatan oleh publik, swasta, dan individu.

Pada dasarnya, kebijakan yang baik dapat dinilai dari tiga hal, yaitu efektivitas, efisiensi dan ekuitas. Efektivitas berkaitan dengan kualitas dan hasil, efisiensi biasanya menyangkut ongkos dan biaya yang diperlukan, sedangkan ekuitas menyangkut aksesibilitas terhadap pelayanan, keadilan dan pemerataan. Dengan demikian maka sinergi antara prinsip dasar kesehatan masyarakat dan kebijakannya akan membentuk gambar sebagai berikut :



Adapun jaminan pelaksanaannya (asuran) berisi 4 kegiatan, yaitu :

1. Menjamin kompetensi tenaga kesehatan.
2. Menegakkan hukum dan regulasi untuk perlindungan kesehatan, keamanan, dan keselamatan.
3. Menghubungkan masyarakat dengan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan menjamin penyediaan pelayanan kesehatan.
4. Riset wacana baru dan solusi inovatif masalah-masalah kesehatan.

Di Indonesia sudah cukup banyak kebijakan, tidak kurang juga laporan, namun yang masih perlu ditingkatkan adalah menjamin agar pelaksanaannya sesuai dengan yang direncanakan. Konsistensi antar ketiganya akan menjamin keberhasilan menanggulangi masalah kesehatan masyarakat.

2.3.6 Ruang lingkup promosi kesehatan

Sebagai ilmu dan seni, ruang lingkup promosi kesehatan dapat ditelaah dari beberapa dimensi, yaitu dimensi sasaran, dimensi tingkat pelayanan, dimensi metode dan teknik, serta dimensi tempat pelaksanaan. Dari sisi sasarannya, promosi kesehatan dapat dilaksanakan terhadap individu, terhadap kelompok dan komunitas. Perbedaan sasaran berimplikasi terhadap metode dan tekniknya. Adapun pada dimensi metode dan teknik, promosi kesehatan dapat dilakukan dengan metode promosi kesehatan individual, metode promosi kesehatan terhadap kelompok, dan metode promosi kesehatan massal atau komunitas.

Pada dimensi tingkat pelayanan, sebagaimana dikemukakan oleh Leavell dan Clark promosi kesehatan diarahkan untuk meningkatkan (mempromosikan) kesehatan, meningkatkan upaya perlindungan khusus (*specific protection*), mendorong agar penderita sakit segera mencari pertolongan sehingga segera memperoleh diagnosis dini dan pengobatan segera yang adekuat, mengurangi kecacatan dan ketidakmampuan penderita, serta mendorong upaya-upaya untuk merehabilitasi dan memulihkan penderita. Penjelasan *Leavell dan Clark* ini sekaligus

mengeliminasi (menghilangkan) dikotomi antara aspek promotif dan preventif dengan aspek kuratif. Pelayanan berlangsung secara berkesinambungan dimulai dari pelayanan promotif, dan apabila diperlukan sampai pada pelayanan rehabilitatif.

Berdasarkan tempat pelayanan, promosi kesehatan dilaksanakan di komunitas dengan sasaran komunitas umum maupun komunitas spesifik berdasarkan segmentasi (segmented community), promosi kesehatan di tempat pelayanan kesehatan dengan sasaran pengguna pelayanan dan keluarga/kerabatnya, promosi kesehatan di tempat kerja, dan promosi kesehatan di sekolah.



BAB 3

URGENSI PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH



BAB 3

URGENSI PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

3.1. ARTI STRATEGIS PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Promosi kesehatan di sekolah adalah suatu upaya menciptakan sekolah menjadi komunitas yang mampu meningkatkan derajat kesehatannya melalui: a) penciptaan lingkungan sekolah yang sehat; b) pemeliharaan dan pelayanan kesehatan di sekolah; dan c) upaya pendidikan kesehatan yang berkesinambungan.

Sekolah menempati kedudukan strategis dalam upaya promosi kesehatan, karena: a) sebagian besar anak-anak usia 5-19 tahun terpajan dengan lembaga pendidikan dalam jangka waktu yang cukup lama (taman kanak-kanak sampai sekolah lanjutan atas); b) sekolah mendukung pertumbuhan dan perkembangan alamiah seorang anak, sebab di sekolah seorang anak bisa mempelajari berbagai pengetahuan, termasuk kesehatan, sebagai bekal kehidupannya kelak. Promosi kesehatan di sekolah membantu meningkatkan kesehatan siswa, guru dan karyawan, orang tua serta masyarakat sekitar lingkungan sekolah, sehingga proses belajar mengajar berlangsung lebih produktif.

Promosi kesehatan di sekolah, mulai ditempatkan sebagai salah satu strategi utama promosi kesehatan di periode 1980-an, lebih dari 125 tahun sejak dirumuskannya **model sosial dalam kesehatan serta peranan negara dalam promosi kesehatan** oleh *Rudolf Virchow* di Jerman pada tahun 1848 dan *Edwin Chadwick* di Inggris tahun 1842. *Chadwick* meletakkan prinsip-prinsip dasar tanggung jawab negara terhadap kesehatan masyarakat yang dituangkan ke dalam *Public Health Act 1848* di Inggris (*Young, 2005*). *Rumusan Chadwick* ini selaras dengan Deklarasi *Ottawa (1980)* yang secara tersirat menyatakan bahwa semua pihak, pemerintah dan masyarakat, termasuk sektor pendidikan (sekolah) harus terlibat dalam aktivitas promosi kesehatan.

Pada awalnya banyak pihak yang meragukan efektivitas promosi kesehatan di sekolah. Namun keraguan ini dipatahkan setelah berbagai studi menunjukkan bahwa promosi kesehatan sekolah terbukti cukup efektif untuk meningkatkan derajat kesehatan siswa, guru dan karyawan serta kualitas prasarana penunjang proses belajar mengajar. Salah satu studi menunjukkan bahwa upaya promosi kesehatan di suatu sekolah dasar di Distrik Ife, barat laut Nigeria yang dilakukan dalam kurun waktu 2002-2005 berhasil meningkatkan kualitas gedung sekolah, mengurangi kepadatan di kelas, menambah pasokan air bersih, meningkatkan kebersihan dan perawatan sarana sanitasi, kebersihan makanan, dan perilaku siswa dalam membuang sampah (Adegbenro, 2007).

Studi lain yang dilakukan *Buczynski dan Garcia di Maui (2003)* menunjukkan bahwa melibatkan anak sekolah dalam investigasi terhadap ada tidaknya telur nyamuk terbukti meningkatkan pengetahuan dan kepekaan mereka terhadap penyakit yang ditularkan nyamuk, yang mengancam kesehatannya. Studi tentang efek promosi kesehatan terhadap asupan makanan yang dilakukan Shi-Chang dkk di China tahun 2004 juga menunjukkan bahwa pengetahuan anak sekolah tentang pedoman asupan makanan meningkat dari 49,2% sebelum intervensi menjadi 68,0% setelah intervensi ($p < 0,01$), pengetahuan orang tua siswa tentang defisiensi gizi juga meningkat dari 35,0% menjadi 66,2% ($p < 0,01$) dan makanan kaya nutrisi dari 38,8% sebelum intervensi menjadi 66,8% ($p < 0,01$). Demikian pula dengan studi Nathan dkk (2004) yang menunjukkan bahwa anak sekolah adalah saluran promosi kesehatan yang sangat efektif untuk memberantas vektor penyakit di lima negara di kawasan Amerika Tengah dan Selatan.

Promosi kesehatan di sekolah juga mempunyai arti yang sangat strategis, dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1995 meluncurkan *WHO's Global School Health Initiative* yang diarahkan untuk mendorong gerakan dan penguatan promosi dan pendidikan kesehatan di tingkat lokal, nasional, regional dan global. Inisiatif tersebut dirancang untuk meningkatkan kesehatan, guru, orang tua serta lingkungan melalui sekolah. Beberapa alasan yang melatarbelakangi inisiatif tersebut diantaranya bahwa anak usia sekolah

banyak yang mengalami gangguan kesehatan (WHO, 2007), misalnya gangguan penglihatan karena defisiensi vitamin A, kerusakan otak karena defisiensi yodium, cedera, serta penyakit-penyakit lainnya. Terganggunya kesehatan akan mengganggu proses pendidikan. Manfaat lainnya, inisiatif global ini juga dapat memperbanyak saluran pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, utamanya melalui penguatan anak sekolah sebagai promotor kesehatan bagi orang tua dan masyarakat. Kemampuan anak untuk mempengaruhi orang tuanya dilandasi oleh nilai-nilai kecintaan dan perhatian orang tua terhadap anaknya (Korkmaz, 2007). Dengan demikian, maka program promosi kesehatan melalui sekolah diharapkan mempunyai daya ungkit terhadap perilaku anak sekolah, serta sekaligus pada perilaku orang tuanya.

Setidaknya ada dua hal yang penting dari program promosi kesehatan di sekolah, yaitu: a) terkait dengan manfaat; dan b) terkait dengan sasaran, metode serta tekniknya. Dari sisi manfaat, promosi kesehatan di sekolah dapat turut serta membangun insan generasi muda yang sehat fisik, mental, moral dan intelektual, sekaligus membekalinya dengan keterampilan berkehidupan (*life skills*) yang sangat penting dalam menempuh kehidupannya kelak. Adapun terkait dengan sasaran, metode, dan tekniknya, promosi kesehatan di sekolah sangat strategis dan menguntungkan ditinjau dari aspek populasi, aspek perkembangan individu, dan aspek organisasi.

3.1.1 Aspek populasi

Berdasarkan UU 20/2003 pasal 6 dinyatakan bahwa semua warga negara Indonesia yang berusia 7-15 tahun wajib mengikuti pendidikan dasar (Sekolah Dasar/Madrasah Ibtidaiyah dan Sekolah Menengah Pertama/Madrasah Tsanawiyah). Dengan demikian jumlah anak sekolah cukup besar. Bahkan, Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDG's*), dimana Indonesia juga ikut meratifikasinya, menyatakan bahwa semua anak harus mendapatkan pendidikan dasar dan sekolah berperan penting dalam mendukung pencapaian tujuan tersebut.

Ikhtisar Data Pendidikan Nasional tahun 2005/2006, menunjukkan bahwa persentase jumlah penduduk Indonesia pada usia wajib belajar (7-15 tahun) yang mengikuti pendidikan cukup tinggi. Persentase anak usia 7-12 tahun

yang sekolah di jenjang SD/MI mencapai 99,4%. Adapun anak usia 13-15 yang sekolah di jenjang SMP/MTs persentasenya sedikit lebih kecil. Dengan demikian maka SD/MI adalah tempat yang sangat strategis untuk melakukan upaya promosi kesehatan. Hal ini ditunjukkan oleh tabel 3.1. di bawah ini.

Tabel 3.1 Statistik pendidikan masyarakat Indonesia

Kelompok umur (th)	Jumlah penduduk	Jumlah yang sekolah	Jumlah yg tidak sekolah
0 - 6	28.171.300	5.441.248 (19,3%)	22.730.052
7 - 12	25.409.200	25.267.914 (99,4%)	141.286
13 - 15	12.070.200	10.438.667 (86,5%)	1.631.533
16 - 18	12.474.800	6.586.603 (52,8%)	5.888.197
19 - 24	24.422.900	4.271.967 (17,5%)	20.150.933
0 - 18	78.125.500	52.006.399	26.119.101

Sumber: Depdiknas, 2007

Undang-undang nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional pasal 3 juga menyatakan bahwa sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan derajat kehidupan serta mengembangkan potensi peserta didik yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab. Untuk itu promosi kesehatan di sekolah memiliki arti strategis guna mendukung kelancaran aktivitas pendidikan, serta memberikan bekal keterampilan penunjang kehidupannya kelak (*soft skills*), sebab:

- Sekolah adalah tempat utama dimana individu mengikuti proses pendidikan formal untuk menambah pengetahuan dan mengasah keterampilan sebagai bekal kehidupannya di kemudian hari.
- Sebagian besar anak usia tertentu (7-12 tahun) mengikuti pendidikan di sekolah dalam kurun waktu yang cukup panjang (sekitar 5 jam sehari, atau 30 jam seminggu).
- Seorang anak akan terpajan dengan sekolahnya dalam waktu yang cukup panjang, misalnya di taman kanak-kanak (TK) selama 2 tahun,

di sekolah dasar (SD) selama 6 tahun, di sekolah menengah pertama (SMP) dan sekolah menengah atas (SMA) masing-masing selama 3 tahun. Sehingga total waktu belajar seorang anak sebelum masuk ke perguruan tinggi adalah sekitar 14 tahun.

- d. Mempunyai kurikulum yang memungkinkan seorang mempelajari berbagai hal yang terkait dengan kesehatannya, misalnya pendidikan jasmani dan kesehatan, dan pelajaran biologi.
- e. Mempunyai program yang memungkinkan seorang mengikuti berbagai kegiatan terkait dengan kesehatan, di antaranya bulan imunisasi anak sekolah (BIAS), dan usaha kesehatan sekolah (UKS).

Dengan demikian, dari segi populasi, promosi kesehatan di sekolah dapat menjangkau 2 jenis populasi, yaitu populasi anak sekolah dan populasi umum masyarakat. Apabila promosi kesehatan hanya diarahkan pada anak sampai dengan usia 18 tahun saja yang berjumlah lebih dari 52 juta, dan setiap anak mampu menyebarkan informasi terhadap ibunya, maka secara matematis ada sekitar 100 juta populasi masyarakat yang terpapar promosi kesehatan.

3.1.2 Aspek perkembangan

Perkembangan individual dapat didefinisikan sebagai perubahan yang sistematis, progresif sekaligus berkesinambungan dalam diri individu dari ketika dilahirkan sampai dengan akhir hayat. Perkembangan juga dapat dijelaskan sebagai perubahan-perubahan yang dialami individu menuju tingkat kedewasaan atau kematangannya.

Perubahan terjadi secara sistematis, berarti perubahan yang terjadi dalam perkembangan itu bersifat komprehensif, dan interdependensi. Antar komponen diri manusia saling tergantung dan saling mempengaruhi antara satu bagian dengan bagian lainnya, fisik dan psikis serta merupakan satu kesatuan yang harmonis. Contohnya adalah kemampuan berbicara seseorang akan sejalan dengan kematangan dalam perkembangan intelektual atau kognitifnya. Kemampuan berjalan seseorang akan seiring dengan kesiapan otot-otot kaki. Begitu juga ketertarikan seorang remaja

terhadap jenis kelamin lain akan seiring dengan kematangan organ-organ seksualnya.

Adapun yang dimaksud progresif artinya bahwa perubahan yang terjadi adalah maju, meningkat dan meluas, baik dari segi kuantitatif (fisik) maupun kualitatif (psikis). Contohnya perubahan proporsi dan ukuran fisik (dari pendek menjadi tinggi dan dari kecil menjadi besar, yang keduanya dapat diukur tinggi dan beratnya); perubahan pengetahuan dan keterampilan dari yang bersifat sederhana sampai kepada yang kompleks (mulai dari mengenal huruf sampai dengan kemampuan membaca buku).

Berkesinambungan (*sustainable*) berarti bahwa perubahan pada bagian atau fungsi organisme itu berlangsung secara beraturan, berurutan, dan terus menerus. Misalnya, agar dapat berjalan, seorang anak terlebih dahulu harus menguasai tahapan perkembangan sebelumnya yaitu kemampuan duduk, merangkak, dan berdiri.

Perkembangan individu dapat dijelaskan dengan memahami prinsip-prinsip dasarnya, yaitu:

- a. Setiap individu normal akan mengalami tahapan perkembangan.
- b. Perkembangan merupakan proses yang tidak pernah berhenti.
- c. Semua aspek perkembangan saling berhubungan.
- d. Perkembangan terjadi pada tempo yang berlainan.
- e. Setiap fase perkembangan mempunyai ciri khas.
- f. Perkembangan mengikuti pola atau arah tertentu.

Hurlock (dalam Yusuf, 2003) menjelaskan bahwa dalam setiap tahap perkembangan dirinya, individu secara didaktik mempunyai karakter sebagai berikut:

Usia Pra Sekolah

Usia Pra Sekolah dikelompokkan menjadi Periode Vital dan Periode Estetik.

- a. *Periode Vital*; adalah periode di mana individu menggunakan fungsi-fungsi biologis untuk menemukan berbagai hal dalam kehidupannya. Pada tahun pertama kehidupannya, Freud menyebutnya sebagai periode oral (mulut), karena mulut dirasakan sebagai sumber kenikmatan dan

merupakan alat untuk melakukan eksplorasi dan belajar. Pada tahun kedua seorang anak mulai belajar berjalan sehingga anak juga mulai belajar menguasai ruang geraknya, mulai dari yang paling dekat sampai dengan ruang yang jauh. Pada tahun kedua umumnya terjadi pembiasaan terhadap perilaku terkait kebersihan. Melalui latihan kebersihan, anak belajar mengendalikan rangsang atau dorongan yang datang dari dalam dirinya.

- b. *Periode Estetik*; periode dimana individu mengalami perkembangan akan rasa keindahan. Anak bereksplorasi dan belajar melalui panca inderanya. Pada periode ini panca indera masih sangat peka.

Usia Sekolah Dasar (6-12 tahun)

Usia Sekolah Dasar disebut juga periode intelektualitas, atau periode keserasian bersekolah. Pada umur 6-7 tahun seorang anak dianggap sudah matang untuk memasuki sekolah. Periode Sekolah Dasar terdiri dari periode kelas-kelas rendah, dan periode kelas tinggi.

Pada kelas-kelas rendah (umur 6-9 tahun), seorang anak biasanya menunjukkan ciri:

- a. Adanya korelasi positif yang cukup tinggi antara kondisi fisik dengan prestasi.
- b. Tunduk kepada peraturan-peraturan permainan yang ada dalam dunianya.
- c. Cenderung memuji diri sendiri.
- d. Seringkali membandingkan dirinya dengan temannya.
- e. Apabila tidak dapat menyelesaikan suatu soal, maka soal itu dianggap tidak penting.
- f. Pada periode ini (utamanya usia 6-8 tahun), seorang anak menghendaki nilai rapor yang baik, tanpa mengingat apakah prestasinya memang pantas diberi nilai baik atau tidak.

Adapun pada kelas-kelas yang lebih tinggi (10-12 tahun), seorang anak memiliki ciri :

- a. Punya minat terhadap kehidupan praktis sehari-hari yang konkrit.
- b. Realistik, ingin tahu dan ingin belajar.
- c. Menjelang akhir periode (lulus SD) mulai terlihat minat kepada hal-hal atau mata pelajaran khusus sebagai tanda mulai menonjolnya bakat-bakat khusus pada diri seorang anak.
- d. Sampai usia 11 tahun, seorang anak membutuhkan guru atau orang dewasa lainnya untuk menyelesaikan tugas dan memenuhi keinginannya. Selepas usia ini pada umumnya anak mulai mempunyai keterampilan untuk menyelesaikan tugas-tugasnya tanpa tergantung bantuan orang lain.
- e. Anak memandang angka rapor sebagai ukuran yang tepat mengenai prestasi sekolahnya.
- f. Mulai senang membentuk kelompok sebaya untuk bermain bersama, sekaligus membuat peraturan sendiri, yang berbeda dari aturan yang sebelumnya.

Usia Sekolah Menengah

Usia sekolah menengah bertepatan dengan dimasukinya periode remaja, yang terbagi ke dalam tiga bagian, yaitu:

- a. Periode remaja awal; biasanya ditandai dengan sifat-sifat negatif, dalam jasmani dan mental, prestasi, serta sikap sosial,
- b. Periode remaja madya; yang ditandai tumbuhnya dorongan untuk hidup, kebutuhan akan adanya teman yang dapat memahami dan menolongnya, serta mencari sesuatu yang dianggap bernilai tinggi, pantas dijunjung dan dipuja.
- c. Periode remaja akhir; adalah periode dimana remaja dapat menentukan pendirian hidupnya, yang akan memberikan dasar baginya memasuki periode dewasa.

Pada setiap periode perkembangan anak, paling tidak ada tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu: a) kondisi fisik, emosional, intelektual dan keterampilan individu; b) arah perkembangan, harapan dan cita-cita

individu; c) gangguan, ancaman dan hambatan yang terjadi. Apabila ditinjau secara komprehensif dan teoritis, seiring dengan bertambahnya umur seorang anak, seharusnya pengetahuannya tentang kesehatan semakin baik, dimana pengetahuan yang baik diikuti oleh gaya hidup dan motivasi untuk melindungi diri yang lebih baik.

Namun terjadinya fluktuasi dalam aspek emosional, psikologis, serta sosial seringkali menyebabkan terjadinya divergensi antara pengetahuan dan prakteknya. Pengetahuan yang baik tidak selalu diikuti dengan gaya hidup yang baik, maupun motivasi perlindungan (proteksi) diri yang tinggi. Sebagai contoh pengetahuan bahwa setiap hari seseorang harus mengkonsumsi sayur dan buah. Pada anak SD hal ini mudah diterapkan karena kepatuhannya pada nasihat guru dan perintah orang tuanya. Namun pada anak SMA, yang sudah dapat memilih karena pengetahuannya semakin baik, maka pesan tersebut dimodifikasi menjadi mengkonsumsi sayur atau buah, bahkan malah tidak mengkonsumsinya sama sekali, dengan berbagai alasan.

Berdasarkan berbagai fakta tentang inkonsistensi pengetahuan dan perilaku, promosi kesehatan berperan strategis untuk mensinergikan kemauan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) individu dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Namun implementasi promosi kesehatan tergantung pada faktor kontekstual dari perkembangan individu. Misalnya untuk mempromosikan perilaku hidup bersih dan sehat, perlunya mengendalikan vektor demam berdarah, serta diet yang seimbang perlu dilakukan pada anak-anak usia sekolah dasar, namun bahaya merokok dan perlindungan diri perlu dipromosikan pada anak-anak sekolah menengah pertama. Adapun kesehatan reproduksi remaja perlu dipromosikan pada anak-anak SMA. Metode dan teknik antar setiap jenjang mungkin bervariasi. Namun yang perlu dilakukan adalah memahami apa yang dibutuhkan sasaran, sejauh mana perubahan diinginkan dan bagaimana cara melakukannya.

3.1.3 Aspek organisasi

Promosi kesehatan di sekolah dari sisi metodologi sangat strategis sebab sudah tersedia kelembagaan untuk melaksanakannya, yaitu program usaha kesehatan sekolah (UKS). Dalam Undang-Undang no. 23/1992 tentang kesehatan disebutkan bahwa kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumberdaya manusia yang lebih berkualitas. Undang-undang tersebut ditindaklanjuti dengan Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 Menteri (Menteri Pendidikan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri) tentang UKS yang diterbitkan tahun 2003.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah bagian dari program kesehatan anak usia sekolah. Program UKS adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektoral meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup bersih dan sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah umum dan sekolah yang bercorak keagamaan. Sasaran program UKS adalah anak usia sekolah berusia 6-19 tahun, yang selaras dengan proses tumbuh kembangnya dikelompokkan menjadi 2 subkelompok yakni pra remaja (berusia 6-9 tahun) dan remaja (berusia 10-19 tahun).

Tujuan umum program UKS adalah meningkatkan kemampuan anak sekolah berperilaku hidup bersih dan sehat, meningkatkan derajat kesehatan serta menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal. Lebih khusus, program UKS bertujuan memupuk kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat dan meningkatkan derajat kesehatan anak sekolah, yang mencakup: a) dimilikinya pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip perilaku hidup bersih dan sehat serta berpartisipasi aktif dalam usaha peningkatan kesehatan di sekolah, perguruan agama, di rumah tangga maupun di lingkungan masyarakat; b) tercapainya sehat fisik, mental maupun sosial; c) memiliki daya hayat dan daya tangkal terhadap pengaruh buruk penyalahgunaan zat.

Program usaha kesehatan sekolah diselenggarakan melalui keterpaduan tiga program UKS, yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat. Terkait dengan banyaknya anak-anak yang bersekolah, utamanya di jenjang sekolah dasar dan sekolah menengah, UKS adalah wahana yang efektif untuk mempromosikan program-program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, pengobatan, gizi, kesehatan reproduksi dan berbagai program lainnya. Di sekolah, program UKS dilengkapi dengan kegiatan dokter kecil. Program dokter kecil adalah upaya penggerakan siswa-siswa pada suatu sekolah yang memenuhi kriteria dan terlatih untuk turut serta melaksanakan sebagian usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan terhadap diri sendiri, teman, keluarga dan lingkungannya.

Dari sisi ketersediaan organisasi pelaksanaannya, keberadaan program UKS akan sangat mendukung terlaksananya promosi kesehatan di sekolah yang efektif, efisien, dan merata. Efektif, karena pelaku dan sasaran program adalah anak-anak sekolah yang mematuhi budaya dan regulasi sekolah, di samping berbagai studi menunjukkan kehasilgunaan upaya promosi kesehatan yang menggunakan kelembagaan UKS. Efisien terkait dengan tidak diperlukannya lembaga (wadah) baru untuk melaksanakan promosi kesehatan. Dengan demikian yang perlu dilakukan adalah memberdayakan atau mengembangkan kapasitas program saja, dan hal ini sangat murah. Adapun merata berarti bahwa melalui UKS, program dapat menjangkau populasi anak sekolah, di samping setiap anak memperoleh kesempatan untuk berpartisipasi sebagai relawan UKS (dokter kecil).



3.2. PENGARUH PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH TERHADAP KELUARGA

Promosi kesehatan di sekolah dapat meningkatkan derajat kesehatan anak sekolah, guru, karyawan, lingkungan sekolah dan keluarga anak sekolah. Keluarga anak sekolah dapat dipandang dari dua sisi, yaitu: a) sisi pendukung keberhasilan program promosi kesehatan di sekolah (*support side*); dan b) sisi pihak yang juga memperoleh manfaat atas berlangsungnya promosi kesehatan di sekolah (*impact side*).

Pada sisi pendukung keberhasilan, promosi kesehatan di sekolah seringkali lebih berhasil jika memperoleh dukungan yang memadai dari keluarga. Hal ini terkait dengan intensitas hubungan antara anak dan keluarganya. Ditinjau dari segi waktu, jumlah jam seorang anak berinteraksi dengan sekolah per hari sekitar 7 jam. Apabila seorang anak memerlukan waktu istirahat sekitar 9 jam sehari, maka ada 8 jam berinteraksi dengan keluarga atau lingkungan di luar sekolah. Namun pada hari libur interaksi dengan orang tuanya lebih banyak. Sehingga secara teoritis keluarga berperan besar dalam keberhasilan seorang anak mengikuti program promosi kesehatan. Besarnya peran keluarga dalam menunjang aktivitas belajar anak juga terkait dengan empat pola hubungan orang tua-anak (Hurlock, 1980), yaitu:

a. *Tolerance - intolerance*

Pengaruh yang dirasakan anak dari adanya sikap orang tua yang penuh toleransi, memungkinkan anak untuk dapat memiliki ego yang kuat. Sebaliknya, sikap tidak toleran cenderung akan menghasilkan ego yang lemah pada diri anak.

b. *Permissiveness - strictness*

Relasi orang tua-anak yang permisif (longgar) dapat menunjang terbentuknya kontrol intelektual anak, namun sebaliknya kekerasan berdampak pada pembentukan pribadi anak yang impulsif.

c. *Involvement - detachment*

Seorang anak cenderung akan menjadi *ekstrovert*, manakala orang tua dapat menunjukkan sikap mau terlibat dan peduli. Sebaliknya,

sikap orang tua yang terlalu membiarkan berdampak terhadap pembentukan pribadi anak yang *introvert*.

d. *warmth - coldness*

Relasi orang tua-anak yang diwarnai kehangatan memungkinkan anak memiliki kemampuan untuk dapat melibatkan diri dengan lingkungan sosialnya. Sebaliknya, relasi orang tua-anak yang dingin akan menyebabkan anak senantiasa menarik diri dari lingkungan sosialnya.

Sikap dan perlakuan orang tua yang toleran, permisif, turut terlibat dan penuh kehangatan merupakan manifestasi dari penerimaan orang tua terhadap anak. Sedangkan sikap dan perlakuan orang tua yang tidak toleran, keras, membiarkan dan dingin merupakan bentuk penolakan terhadap anak.

Dalam aktivitas promosi kesehatan, peran orang tua yang hangat, membantu, serta turut berpartisipasi akan lebih menjamin keberhasilan. Sebagai contoh dipromosikan perilaku mencuci tangan dengan sabun. Perilaku anak akan lebih lestari (*sustainable*) apabila keluarga/orang tua di rumah juga mempraktekkan cuci tangan dengan sabun. Bentuk praktek orang tua ini adalah merupakan dukungan terhadap praktek anak, sekaligus meyakinkan anak bahwa tindakan mencuci tangan dengan sabun adalah hal yang benar.

Adapun pada sisi pihak yang juga turut serta merasakan manfaat (*impact side*), promosi kesehatan di sekolah dapat dilakukan pada berbagai pokok bahasan. Selain yang sifatnya khas anak sekolah (*school children segmented*), sering terjadi promosi kesehatan juga dilakukan pada pokok bahasan yang juga menjadi problematika masyarakat, diantaranya dalam penanggulangan demam berdarah.

Studi intervensi yang dilakukan Tri Kianto di Kota Depok, Jawa Barat pada 2008 menunjukkan bahwa promosi kesehatan di sekolah dalam pengendalian vektor demam berdarah yang dilengkapi pemeriksaan jentik berkala oleh anak sekolah lebih cocok untuk menurunkan jumlah habitat perkembangbiakan nyamuk *aedes aegypti*. Promosi kesehatan di sekolah

berhasil meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek siswa dan ibu rumah tangga dalam pengendalian vektor, sekaligus menurunkan indeks jentik secara bermakna (lihat ringkasan program intervensi ini di bab lima).

Hasil studi ini sejalan dengan berbagai studi yang dilakukan sebelumnya bahwa promosi kesehatan di sekolah meningkatkan kemampuan anak sekolah mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku kesehatan di masyarakat (World Bank, 1993; Hall, Adjei dan Kihamia, 1996; Ministry of Education Uganda, 1992; Rohde dan Sadjimin, 1980). Meningkatnya keterampilan orang tua sebagai dampak promosi kesehatan di sekolah, diantaranya disebabkan oleh keinginan orang tua agar anaknya berhasil dalam kegiatan belajarnya di sekolah. Hal ini sejalan dengan pendapat Dempsey (2005) yang menyatakan bahwa efektivitas anak sekolah dalam proses belajar diantaranya tergantung pada bagaimana orang tua memandang perannya sebagai pihak yang dapat membantu keberhasilan anaknya.

Studi potong lintang (cross-sectional) yang dilakukan oleh Win di Myanmar (2004) menunjukkan bahwa para pengasuh anak dan ibu rumah tangga mempunyai kecenderungan untuk menggali informasi lanjutan tentang demam berdarah ketika mulai terpajan informasi. Apalagi jika informasi pertama yang diperoleh berhasil meyakinkan ibu rumah tangga bahwa demam berdarah mengancam kesehatan keluarganya, maka antusiasme para ibu untuk mencari informasi terkait dengan penularannya semakin tinggi. Promosi kesehatan di sekolah dapat dipandang sebagai salah satu saluran (entry point) promosi kesehatan bersama-sama dengan upaya sejenis di tempat kerja, di pelayanan kesehatan, di tempat-tempat umum dan sebagainya. Namun, melihat karakteristik psikologis orang tua terkait dengan aktivitas belajar anaknya, dimana di sekolah juga memperoleh promosi kesehatan, maka terbuka kemungkinan bahwa anak sekolah juga dapat berperan sebagai sumber informasi, motivasi, sekaligus penggerak perilaku kesehatan orang tuanya.

Promosi
Kesehatan
di Sekolah

BAB 4

ELEMEN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH



BAB 4

ELEMEN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Sekolah-sekolah yang menerapkan program promosi kesehatan merupakan suatu komunitas sekolah yang melakukan kegiatan dan memberikan prioritas pada terbentuknya lingkungan kondusif yang dapat menciptakan dampak terbaik bagi guru dan staf yang bekerja di sekolah. Sasaran terbentuknya sekolah yang berwawasan promosi kesehatan antara lain adalah untuk mengembangkan setiap insan yang terlibat di sekolah, serta pembentukan jaringan yang baik dengan masyarakat dan keluarga yang membutuhkan, sehingga dapat menimbulkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) dari stakeholder dan rasa keterlibatan (*sense of involvement*) dalam berbagai aspek kegiatan sekolah.

Program sekolah berwawasan kesehatan yang komprehensif bertujuan mengembangkan secara menyeluruh (*holistik*), yang harus melibatkan sektor-sektor lain disamping Departemen Kesehatan, seperti Departemen Pendidikan Nasional (Diknas), Departemen Pertanian, Perikanan, Kesra, dan Departemen Hukum untuk pengembangan kebijakan lintas sektor. Di samping itu, peran WHO dirasa cukup penting untuk memfasilitasi kelangsungan program. Program ini juga diharapkan dapat memberikan manfaat (*benefit*) bagi sekolah, terutama dalam pembentukan citra sekolah.

Dalam rangka memfasilitasi program ini, dibutuhkan suatu kerangka kerja (*framework*). Kerangka kerja ini meliputi aspek organisasi, institusionalisasi promosi kesehatan di sekolah melalui berbagai kebijakan dan program, evaluasi status kesehatan dan lingkungan di sekolah, pendidikan kesehatan berbasis keterampilan serta aspek pelayanan kesehatan di sekolah (SD, SLTP dan SLTA). Seluruh pendekatan ini dipandu melalui formasi *rainbow ribbon club* (Klub Pita Pelangi) yang merupakan rangkaian kegiatan promosi kesehatan di sekolah. Kerangka kerja ini juga menyajikan 3 (tiga) manual yang membagi promosi kesehatan menjadi 7 (tujuh) area tematik. Kerangka kerja ini disajikan sebagai suatu *Model Generik* yang memerlukan proses adaptasi untuk penyesuaian dengan kebutuhan lokal.

Di bawah ini adalah skema Pengembangan Sekolah Berwawasan Promosi Kesehatan (PSBPK) :



Pembentukan suatu sekolah berwawasan Promosi Kesehatan merupakan aplikasi pola pikir yang baru. Sekolah Berwawasan Promosi Kesehatan memandang kesehatan sebagai suatu keadaan "sejahtera" (*wellbeing*) yang meliputi kesehatan fisik, sosial dan emosional individu. Hal ini merupakan perpaduan dari berbagai aspek kehidupan di sekolah, keluarga

dan masyarakat. Proses pembentukan Sekolah Berwawasan Promosi Kesehatan mencakup proses adaptasi pendekatan struktural yang digunakan oleh WHO. Lebih lanjut, WHO merumuskan enam elemen yang membentuk sekolah berwawasan kesehatan, yaitu:

- a. Pelibatan staf kesehatan dan pendidikan, guru, orang tua, tokoh- tokoh masyarakat dalam upaya promosi kesehatan di sekolah
- b. Penjaminan lingkungan yang sehat dan aman, baik fisik maupun psikososial
- c. Penyelenggaraan pendidikan kesehatan berbasis keterampilan yang efektif dan "*Life skill*"
- d. Penyediaan akses terhadap pelayanan kesehatan
- e. Penerapan kebijakan sekolah dan aktivitas yang menunjang kesehatan
- f. Upaya peningkatan kesehatan masyarakat secara menyeluruh

Keenam elemen ini merupakan satu kesatuan yang tidak hanya saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain, tetapi juga berlangsung pada berbagai tingkat, baik di tingkat makro (filosofi, kebijakan, peraturan, undang-undang dan sebagainya), tingkat meso (antar departemen, dinas, sekolah dan instansi terkait lainnya), maupun tingkat mikro (, orang tua, guru, tokoh masyarakat dan lainnya).

4.1. PELIBATAN MASYARAKAT DALAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Berbagai pemangku kepentingan (stakeholder) perlu dilibatkan dalam upaya promosi kesehatan di tatanan sekolah. Oleh karena itu, penting sekali mengembangkan mekanisme institusional untuk menyatupadukan *stakeholders* kunci dan kegiatan promosi kesehatan yang berkesinambungan di tatanan sekolah. Mekanisme seperti Komite Kesehatan Sekolah berfungsi mengkaji program, dapat memfasilitasi proses menjadi Sekolah Berwawasan Promosi Kesehatan (SBPK).

4.1.1. Komite Kesehatan Sekolah

Suatu Panitia Kesehatan Sekolah dapat dibentuk untuk melakukan koordinasi dan monitoring seluruh kegiatan Promosi Kesehatan di sekolah. Anggota panitia terdiri dari unsur Kepala Sekolah, perwakilan orang tua, para guru, dan tokoh masyarakat. Di bawah ini adalah struktur kepengurusan Panitia Kesehatan Sekolah :

<u>KOMITE KESEHATAN SEKOLAH</u>	
Kepala Sekolah/ Wakil Kepsek	Dua orang wakil siswa dari tiap kelas
Konselor/ Dua orang Guru	Dua orang tua siswa dari tiap kelas

Kepala sekolah sebaiknya menjadi ketua panitia dengan wakilnya yang bertugas sebagai wakil panitia apabila ketua berhalangan. Para guru, sebaiknya dua orang yang berasal masing-masing dari tingkat SD, SLTP dan SLTA (atau ditiap tingkat, seperti SLTP, masing-masing diwakili oleh tiap kelas 1, 2 dan 3), dapat menjadi bagian dari kepanitiaan ini, sama halnya dengan wakil dari setiap tingkat atau kelas. Para orang tua juga dapat diundang menjadi bagian dari kepanitiaan ini. Bila sekolah memiliki konselor, maka mereka juga dapat menjadi anggota.

Perwakilan dari sektor terkait, seperti Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Pengairan dan Sanitasi, Departemen Pekerjaan Umum (PU), Perusahaan Listrik Negara (PLN), Departemen Dalam Negeri (Pemda), Departemen Agama dan sebagainya dapat dilibatkan dalam kepanitiaan ini apabila masalahnya menyangkut instansi mereka. Disamping itu, masyarakat setempat atau perwakilan profesional yang ada di dalam masyarakat seperti perkumpulan perawat, pekerja sosial, psikolog pendidikan dan para alumni universitas dapat berpartisipasi untuk mengoptimalkan kerja panitia (CHEHP. 2008).

Tugas dan wewenang Komite antara lain sebagai berikut:

- a. Memastikan setiap kegiatan yang mengarah pada terbentuknya Sekolah Berwawasan Promosi Kesehatan dapat terselenggara dengan baik.
- b. Memastikan setiap kegiatan untuk menyebarluaskan ide tentang Pendidikan Berbasis Keterampilan.
- c. Menyelenggarakan beragam program untuk menyebar kepedulian terhadap dan tenaga sekolah untuk mempromosikan gaya hidup sehat yang dapat meningkatkan kondisi fisik, mental dan kesejahteraan sosial.
- d. Memberikan informasi penting pada staf sekolah dan anggota masyarakat lainnya.
- e. Memperkuat dan memonitor fungsi-fungsi Klub Pita Pelangi.
- f. Memelihara/menjaga catatan setiap kegiatan.
- g. Bekerja sama dengan orang tua untuk identifikasi kebutuhan mereka, gagasan-gagasan dan merangsang keterlibatan mereka.
- h. Membentuk jaringan dengan pejabat lokal terkait.

4.1.2 Analisis Situasi

Promosi kesehatan di sekolah dapat dimulai dengan analisis situasi. Infrastruktur dan kebijakan yang berhubungan dengan kesehatan dapat ditelusuri dan selanjutnya dapat dijadikan data dasar untuk memulai inisiatif Sekolah Berwawasan Kesehatan. Pengetahuan, sikap dan praktek yang dilakukan para tentang kesehatan merupakan hal penting dan perlu dikembangkan. Daftar pertanyaan terstruktur dapat digunakan untuk sampel tiap kelas.

Informasi yang diperoleh melalui asesmen (penilaian) dapat membantu sekolah untuk mengidentifikasi area-area yang dapat di intervensi. Asesmen mengenai aktivitas juga dapat membantu mereka memahami apa yang telah dilakukan oleh sekolah dalam rangka mempromosikan kesehatan serta modifikasi apa yang diperlukan untuk memperbaiki status pencapaian. Uraian yang lebih lengkap mengenai analisis situasi ini dapat dilihat pada bab enam tentang perencanaan promosi kesehatan di sekolah.

4.2. LINGKUNGAN FISIK DAN PSIKOSOSIAL YANG SEHAT

Lingkungan sekolah adalah tatanan yang dapat melindungi dan staf sekolah dari kecelakaan dan penyakit serta dapat meningkatkan kegiatan pencegahan dan mengembangkan sikap terhadap faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit.

Lingkungan fisik sekolah harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- Mampu menyediakan kebutuhan dasar dan insan sekolah lain.
- Mampu melindungi insan sekolah dari ancaman penyakit.
- Mampu melindungi insan sekolah dari ancaman biologis.
- Mampu melindungi insan sekolah dari ancaman kimiawi.

Sedangkan lingkungan psikososial harus dapat memberikan :

- Iklim kerja sama yang baik.
- Rasa keterikatan sesama insan sekolah.
- Rasa saling menghargai.
- Perlindungan terhadap kekerasan.

Di bawah ini adalah skema tahap-tahap pengembangan lingkungan sekolah yang sehat:



Sumber: Center for Health Education and Health Promotion, CUHK, 2008

Membentuk dan memelihara lingkungan sekolah yang sehat membutuhkan upaya dan kerja keras dari setiap unsur di sekolah. Menyediakan suatu lingkungan yang sehat bagi merupakan suatu persyaratan dalam mengembangkan pola pertumbuhan mental, fisik dan sosial .

4.2.1 Lingkungan fisik

Lingkungan fisik bangunan sekolah dan lapangan bermain merupakan faktor kunci bagi kesehatan dan keamanan dan staf sekolah secara menyeluruh. Hal ini membutuhkan infrastruktur yang memadai.

Lokasi:

- Pembangunan industri, terminal bus, jalan tol dan pusat belanja seharusnya berjarak yang cukup aman dari sekolah.
- Bangunan sekolah harus terlindung dari polusi.

Lingkungan dalam sekolah :

- a. Ukuran ruang kelas harus memadai sehingga dapat menampung, dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik.
- b. Meja dan kursi harus sesuai dengan tinggi dan postur.
- c. Perpustakaan sekolah harus memiliki ruang baca yang tenang dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik.
- d. Tangga sekolah harus memiliki konstruksi yang aman, cukup luas dan terjaga.
 - a. Area bermain dan peralatannya harus bebas dari bahaya.
- e. Untuk menghindari kebakaran, harus tersedia pemadam api dan fasilitas yang memadai untuk upaya evakuasi.
- f. Harus tersedia fasilitas air minum yang aman.
- g. Kamar mandi dan ruang bilas serta toilet harus bersih dan terpelihara.
- h. Sanitasi dan tempat buang sampah harus tersedia secara memadai.
- i. Kebun dan taman sekolah harus terpelihara dengan baik.
- j. Kantin yang sehat.
- k. Sekolah harus memiliki ruang medis, perangkat kesehatan dan petugas kesehatan yang terlatih.
 - a. Apabila sekolah memiliki kolam renang, harus terpelihara dengan baik dan jaminan keselamatan.

4.2.2 Lingkungan Psikososial

Lingkungan psikososial di sekolah meliputi sikap, perasaan dan nilai dari dan petugas sekolah. Iklim psikososial yang positif serta budaya yang baik

dapat meningkatkan pencapaian pendidikan dan moral dan petugas sekolah. Keamanan psikologis, hubungan interpersonal yang positif, penghargaan atas keberhasilan seseorang serta lingkungan belajar yang mendukung merupakan seluruh bagian dari lingkungan psikososial. SBPK harus menjamin lingkungan psikososial yang positif dengan cara:

- a. Penerapan kebijakan sekolah yang suportif.
- b. Merangsang aktivitas kelompok yang mempromosikan kebersamaan, persahabatan, saling pengertian, serta rasa memiliki.
- c. Penyediaan kesempatan bagi untuk belajar di lingkungan yang kompetitif dengan dukungan yang memadai dalam menghadapi tantangan.
- d. Pengembangan suasana yang kondusif bagi untuk mengutarakan perasaannya, rasa saling menjaga (*caring*), saling percaya dan menjaga kerahasiaan .
- e. Kerja sama dan belajar aktif (*active learning*) di ruang kelas.
- f. Pendekatan yang memusatkan perhatian pada (*student centered*) dan pendekatan berdasarkan keterampilan dalam proses belajar-mengajar.
- g. Menciptakan situasi belajar baik di dalam maupun di luar kelas yang memungkinkan untuk menganalisis situasi secara kritis, memecahkan masalah serta mengambil keputusan.
- h. Komunikasi yang baik antara dan guru.

4.3. PENDIDIKAN KETERAMPILAN HIDUP SEHAT (*LIFE SKILLS*)

Pendidikan keterampilan dirancang untuk memfasilitasi atau memperkuat keterampilan psikososial sesuai dengan situasi budaya setempat. Keterampilan ini berpengaruh terhadap perkembangan mental dan sosial individu. Keterampilan ini dapat membantu individu untuk :

- a. Meningkatkan rasa percaya diri dan rasa bertanggung jawab.
- b. Menyalurkan ambisi.
- c. Mengembangkan keterampilan sosial yang positif.
- d. Meningkatkan pemikiran kritis dan kemampuan mengelola perubahan.
- e. Meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan.

- f. Meningkatkan kemampuan melindungi diri dari zat berbahaya.
- g. Meningkatkan kemampuan dalam mengelola potensi diri.

Di bawah ini merupakan tipe-tipe keterampilan yang dilihat dari berbagai sudut pandang (CHEHP, 2008):

Akademis, seperti kemandirian, belajar efektif, kerja sama, kemampuan pemecahan masalah, kemampuan pencapaian tujuan hidup, proses dan aplikasi pengetahuan, disiplin diri, rasa ingin tahu, kreatifitas dan sebagainya.

Sosial, seperti kemampuan komunikasi, membina hubungan, kepedulian diri, kepedulian terhadap kebutuhan sesama, kemampuan untuk mendukung dan merangsang partisipasi orang lain, rasa tanggung jawab dan kemampuan bernegosiasi.

Emosional, seperti menyadari perasaan, menghadapi emosi yang berlebihan, menghadapi stress, menghadapi perubahan, penilaian diri, membangun rasa percaya diri. Studi menunjukkan bahwa peningkatan kompetensi emosional dan sosial para guru berakibat terhadap hubungan yang lebih baik antara dan guru serta sesama . Hal ini juga dapat meningkatkan kemampuan mengajar bagi para guru. Pengaruhnya terhadap kemampuan belajar dan perilaku juga sangat dramatis, seperti tingkat kehadiran, upaya dan pencapaian prestasi , di samping para guru dapat menikmati kerja mereka. Bila guru belajar keterampilan ini, efeknya juga terasa pada .

Pendidikan kesehatan berdasarkan keterampilan merupakan suatu pendekatan untuk menciptakan dan memelihara gaya hidup sehat melalui pengembangan pengetahuan, sikap, dan terutama keterampilan dengan menggunakan berbagai pengalaman belajar, dengan penekanan pada metode partisipasi. Hasil dari penyelenggaraan pendidikan berdasarkan keterampilan adalah peningkatan kepedulian di kalangan dan petugas sekolah tentang ancaman kesehatan, rasa tanggung jawab terhadap kesehatan dan informasi tentang cara-cara menghindari resiko penyakit serta bagaimana menciptakan lingkungan kondusif untuk hidup sehat. Tema-tema pendidikan kesehatan sesuai dengan warna pelangi sebagai berikut:

a. Mengenal Tubuh Anda

Tema ini disajikan dengan warna nila (violet). Seseorang seharusnya sejalan dengan tubuhnya dalam rangka pemeliharaan kesehatan fisiknya. Penting memahami kondisi tubuh seseorang untuk mengenal kapan terjadi masalah. Perubahan sangat kecil yang terjadi pada salah satu fungsi tubuh dapat menjadi bukti bahwa ada sesuatu yang salah, sehingga memungkinkan untuk mencegah penyakit dan tetap sehat.

b. Personal Hygiene

Tema ini disajikan dengan warna indigo (nila muda/ungu). "Personal Hygiene" merupakan upaya aktif seseorang. Meskipun kebersihan merupakan hal yang umum, namun perlu ditanamkan melalui aktivitas rutin sejak dini. Memahami kaitan antara "hygiene" dengan kesehatan dapat mempengaruhi seseorang mengadopsi perilaku atau praktek yang higienis.

c. Lingkungan

Tema ini disajikan dengan warna biru. Lingkungan merupakan sesuatu yang berada di luar tubuh seseorang, yang disebut lingkungan eksternal, seperti sumberdaya, rangsangan dan sebagainya, dimana seseorang berinteraksi sejalan dengan budaya yang diyakininya, serta orang-orang dan institusi, dimana mereka berinteraksi. Misalnya, lingkungan kelas, lingkungan sekolah dan lingkungan rumah tangga.

d. Makanan dan sumber nutrisi

Tema ini disajikan dengan warna hijau. Makan seimbang merupakan hal yang penting untuk mempertahankan gaya hidup yang aktif dan sehat. Cara akan sehat adalah kebiasaan memakan makanan yang tepat dengan porsi yang benar dan pada waktu yang tepat. Oleh karena itu perlu pengetahuan dasar tentang berbagai jenis nutrisi dan fungsinya.

e. Kebugaran tubuh

Tema ini disajikan dengan warna kuning. Aktivitas fisik secara teratur merupakan hal penting untuk meningkatkan kesehatan secara menyeluruh (wellbeing).

f. Bertanggung jawab dan aman

Tema ini disajikan dengan warna jingga (orange). Setiap aktivitas, termasuk kegiatan rutin mengandung berbagai resiko. Para harus mampu memperhitungkan resiko tersebut serta mengambil keputusan yang tepat untuk memperkecilnya.

g. Perilaku dan keterampilan hidup (*life skills*)

Tema ini disajikan dengan warna merah. Menurut WHO, keterampilan hidup adalah kemampuan beradaptasi dan berperilaku positif, yang memungkinkan individu menghadapinya secara positif. Keterampilan ini berkontribusi terhadap rasa percaya diri dan sangat menunjang dalam meningkatkan kesehatan mental dan kecakapan dalam menghadapi kehidupan sehari-hari.

TIPE-TIPE LIFE SKILLS :

a. Kemampuan menanamkan kesadaran diri

Kemampuan *self-awareness building skills* ini mencakup aspek kognitif, karakter, kekuatan dan kelemahan kita, serta hasrat dan ketidaksenangan (dislikes).

b. Kemampuan pemecahan masalah

Kemampuan dalam pemecahan masalah memungkinkan kita menghadapi masalah hidup secara konstruktif. Masalah-masalah pelik yang tidak terselesaikan dapat menyebabkan tekanan mental (mental stress) yang mengarah pada penyakit fisik.

c. Pemikiran kritis

Berpikir kritis merupakan kemampuan menganalisis informasi dan pengalaman-pengalaman secara obyektif.

d. Pemikiran kreatif

Berpikir kreatif berkontribusi terhadap proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah yang memungkinkan kita menelusuri berbagai alternatif dan konsekuensinya.

e. Keterampilan dalam pengambilan keputusan

Kemampuan dalam pengambilan keputusan dapat membantu kita menghadapi persoalan hidup secara konstruktif.

f. Kemampuan dalam hubungan interpersonal

Kemampuan ini membantu kita dalam berinteraksi dengan orang lain secara positif. Hal ini berarti bahwa kita mampu menjaga hubungan persahabatan yang sangat penting bagi pengembangan mental dan kesejahteraan sosial kita.

g. Kemampuan berkomunikasi

Komunikasi yang efektif berarti bahwa kita mampu mengekspresikan jati diri kita, baik verbal maupun non verbal sesuai dengan situasi dan kondisi budaya kita. Hal ini berarti bahwa kita mampu mengemukakan bukan saja pendapat dan hasrat, tapi juga kebutuhan serta rasa takut kita.

h. Empati

Empati merupakan kemampuan membayangkan kehidupan orang lain, bahkan dalam situasi yang tidak familiar bagi kita.

i. Pengendalian stress dan emosi

Kemampuan mengatur emosi yang meliputi kemampuan meningkatkan daya pengendalian internal untuk mengatur emosi, kemarahan dan stress. Hal ini berarti bahwa kita harus berusaha mengurangi sumber atau penyebab stress, misalnya dengan membuat perubahan pada lingkungan fisik atau gaya hidup kita. Juga berarti belajar untuk santai (rileks), sehingga tekanan-tekanan yang tak terhindarkan tidak mempengaruhi masalah-masalah kesehatan.

j. Advokasi

Kemampuan advokasi meliputi kemampuan untuk mempengaruhi, persuasi dan menciptakan jejaring lainnya.

4.4. PELAYANAN KESEHATAN DI SEKOLAH

4.4.1 Untuk Siswa

Perhatian harus dipusatkan pada pencegahan dan intervensi dini sehingga para siswa dapat memelihara kesehatan mereka. Pelayanan kesehatan di sekolah harus dapat menolong dalam menghadapi isu-isu kesehatan dasar. Para siswa harus mendapat akses terhadap pelayanan yang tidak hanya mencakup penilaian kesehatan saja, tapi juga manajemen dan

intervensinya untuk mengurangi perilaku beresiko, termasuk kekerasan, pencegahan kecelakaan, dan sebagainya. Oleh karena itu, para guru harus terbiasa dengan gejala dan masalah-masalah umum kesehatan.

4.4.2 Untuk Staf

Menyediakan pelayanan kesehatan pada staf sama pentingnya dengan penyediaan kesehatan untuk para siswa dapat mengembangkan sikap dan perilaku positif dari staf sebagai model mereka, dan keadaan guru yang sehat dapat memotivasi untuk tetap sehat. Staf sekolah merupakan bagian penting dari lingkungan sekolah. Investasi kesehatan pada staf akan menghasilkan keuntungan yang banyak dalam hal produktivitas yang lebih baik serta keterlibatan lebih aktif pada setiap kegiatan sekolah. Pelayanan kesehatan dapat meliputi lokakarya dan seminar tentang topik-topik kesehatan yang diminati, aktivitas fisik dan fasilitas relaksasi serta pemeriksaan kesehatan rutin.

4.5. KEBIJAKAN SEKOLAH SEHAT

4.5.1. Kebijakan

Kebijakan (*policy*) merupakan suatu rumusan yang dibuat untuk mengidentifikasi berbagai hasrat dan keinginan suatu organisasi untuk memfasilitasi pencapaian tujuan dan sasaran organisasi secara menyeluruh. Rumusan kebijakan merupakan ekspresi budaya dan sistem nilai dalam suatu organisasi. Oleh karena itu, kebijakan dapat mengarahkan pimpinan organisasi dalam pengambilan keputusan. Kebijakan bukan sekedar perencanaan atau pencapaian tujuan organisasi, tetapi lebih merupakan arahan bagi suatu organisasi untuk membuat perencanaan dan pencapaian tujuan (CHEHP, 2008).

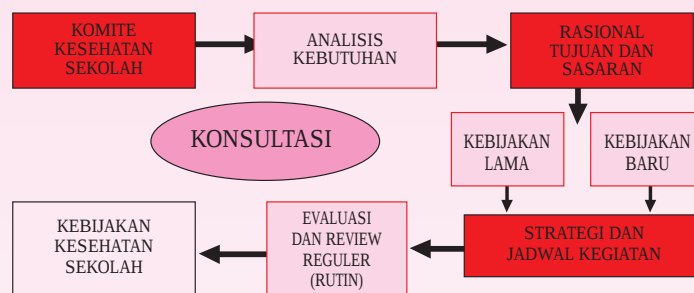
Kebijakan Sekolah Sehat merupakan suatu pedoman yang dirumuskan secara jelas dan rinci, yang dapat mempengaruhi kegiatan-kegiatan di sekolah dan pengalokasian sumber daya dalam rangka promosi kesehatan bagi , guru, karyawan sekolah, keluarga serta masyarakat secara luas. Kebijakan ini dapat membantu mengarahkan sekolah untuk melakukan kegiatan yang berhubungan dengan pendidikan dan promosi kesehatan,

serta dapat dijadikan kerangka kerja (framework) untuk implementasi, supervisi dan evaluasi kegiatan pendidikan dan promosi kesehatan di sekolah. Kebijakan juga dapat memberikan pengarahan secara mudah bagi staf baru, orang tua dan orang-orang di luar sekolah untuk memahami pedoman, budaya serta nilai-nilai dan kepercayaan (belief) yang mendasari kegiatan sekolah.

PROSES FORMULASI KEBIJAKAN :

1. Identifikasi kebutuhan dan kepentingan sekolah
2. Memformulasikan dengan kebijakan sekolah yang sudah ada
3. Implementasi kebijakan tersebut
4. Evaluasi kebijakan

SKEMA FORMULASI KEBIJAKAN



Sumber : Center for Health Education and Health Promotion, CUHK, 2008

Sekolah dapat mengambil beberapa langkah untuk meyakini bahwa mereka telah menyediakan lingkungan yang sesuai bagi untuk belajar dan mengembangkan kepribadian secara sehat. Salah satu cara penting adalah dengan mengadopsi perlindungan kesehatan tertentu sebagai pedoman.

Pedoman ini dapat didokumentasikan sebagai kebijakan sekolah dalam promosi kesehatan yang meliputi hal-hal di bawah ini :

- a. Perlakuan yang sama terhadap seluruh .
- b. Tidak ada alkohol dan rokok di sekolah.
- c. Kebijakan yang berhubungan dengan kualitas gizi.
- d. Pencegahan terhadap hukuman badan bagi .
- e. Pelarangan pelecehan seksual dan kekerasan oleh para guru.
- f. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.

4.5.2. Klub Pita Pelangi

Bersamaan dengan proses adopsi kebijakan sekolah berwawasan promosi kesehatan, sekolah perlu memastikan bahwa para mempraktekkan perilaku untuk meningkatkan kesehatan. Klub yang dikembangkan di sekolah merupakan bentuk inovatif bagi untuk mempraktekan perilaku promosi kesehatan. Klub ini dinamakan "klub pita pelangi" sesuai warna 7 (tujuh) tema pendidikan kesehatan. Klub ini harus dapat menggerakkan aktivitas yang diperlukan untuk menjadikan sekolah berwawasan promosi kesehatan. Klub Pita Pelangi dapat dibentuk di sekolah melalui perwakilan para , guru dan unsur lainnya. Klub ini juga beranggotakan para konselor yang berasal dari perwakilan wali kelas dari tiap tingkat atau kelas, wakil orang tua dan perwakilan guru. Klub ini dapat difasilitasi oleh infrastruktur yang memadai. Beberapa aktivitas yang dapat dilakukan oleh Klub Pita Pelangi Klub Pita Pelangi dapat melakukan berbagai kegiatan yang bertujuan untuk mempromosikan gaya hidup sehat di kalangan siswa, guru dan anggota masyarakat lainnya. Beberapa kegiatan lainnya yang direkomendasikan adalah sebagai berikut.

- a. Pembuatan lagu-lagu dengan topik-topik kesehatan untuk memperkuat terbentuknya perilaku sehat.
- b. Film-film kesehatan dapat diputar pada saat pertemuan.
- c. Pembentukan perpustakaan yang berisi buku, majalah atau buletin tentang kesehatan.
- d. Penyebaran informasi melalui majalah dinding (mading) secara periodik.
- e. Peringatan Hari Kesehatan Dunia (7 April), hari tanpa tembakau (31 Mei), Hari AIDS sedunia (1 Desember), dan sebagainya.
- f. Diskusi tentang kesehatan yang diselenggarakan di sekolah.
- g. Proyek Imunisasi.
- h. Kegiatan Skrining Kesehatan.
- i. Kegiatan yang diselenggarakan melalui organisasi orang tua.
- j. Pertunjukan drama, pertunjukan boneka, dan sebagainya.
- k. Program Quiz kesehatan.

4.6. UPAYA PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Sekolah dapat melakukan kegiatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, antara lain dengan:

- a. Membina kemitraan dengan penduduk setempat, tokoh masyarakat, dan profesional yang ada di sekitar lingkungan sekolah;
- b. Melakukan regulasi tentang jenis dan mutu makanan yang ada di kantin sekolah;
- c. Melakukan pengukuran kepadatan lalu lintas di sekitar sekolah dengan partisipasi;
- d. Pertemuan atau lokakarya untuk orang tua dan anggota masyarakat lainnya;
- e. Mendukung program imunisasi di sekolah;
- f. Kampanye kepedulian masyarakat oleh tentang pencegahan diare, imunisasi polio dan memperkuat peran sebagai agen perubahan.



Promosi
Kesehatan
di Sekolah

BAB 5

STRATEGI DAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH



BAB 5

STRATEGI DAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Kesehatan sekolah secara global dicanangkan pertama kali oleh WHO pada 1995. Kegiatan ini dirancang untuk memperbaiki kesehatan siswa, warga sekolah dan keluarganya, melalui sekolah dengan menggunakan organisasi sekolah untuk memobilisasi dan memperkuat kegiatan promosi dan pendidikan kesehatan di tingkat lokal, nasional, regional dan global. Tujuan dari penganjangan ini adalah untuk meningkatkan jumlah sekolah yang melaksanakan program promosi kesehatan.

WHO mencanangkan lima strategi promosi kesehatan di sekolah, yang terdiri dari:

1. Advokasi

Kesuksesan program promosi kesehatan di sekolah sangat ditentukan oleh dukungan dari berbagai pihak. Guna mendapat dukungan tersebut, perlu ada upaya-upaya untuk menyadarkan berbagai pihak, seperti sektor terkait, donor, LSM nasional dan internasional, sehingga terjalin kemitraan untuk mengembangkan program promosi kesehatan di sekolah.

2. Kerjasama

Kerjasama dengan berbagai pihak sangat bermanfaat bagi penanggungjawab program kesehatan di sekolah karena mereka dapat belajar dan berbagi pengalaman tentang cara menggunakan berbagai sumberdaya yang ada, memaksimalkan investasi dalam pendidikan dan pemanfaatan sekolah untuk melakukan promosi kesehatan.

3. Penguatan kapasitas nasional

Berbagai sektor yang terkait harus memberikan dukungan untuk memperkuat program promosi kesehatan di sekolah. Salah satu bentuk dukungan yang diberikan adalah pengembangan kebijakan dan strategi nasional, menyusun

rencana kegiatan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di sekolah.

4. Penelitian

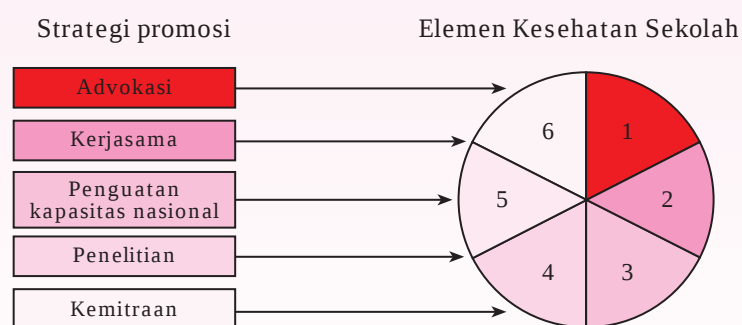
Penelitian merupakan salah satu komponen dari pengembangan dan penilaian program promosi kesehatan di sekolah yang akan dilakukan dan dikembangkan. Bagi sektor terkait penelitian merupakan akses untuk mengembangkan program promosi kesehatan di sekolah secara nasional, disamping untuk melakukan evaluasi peningkatan perilaku hidup sehat siswa sekolah. WHO telah mengembangkan *Rapid Assessment and Planning Process (RAPP)* untuk membantu melakukan penilaian kapasitas untuk pengembangan program promosi kesehatan di sekolah.

5. Kemitraan

WHO menganjurkan untuk menjalin kemitraan dengan berbagai organisasi pemerintah dan swasta untuk:

- Revitalisasi dan mendapatkan dukungan dari berbagai pihak untuk meningkatkan status kesehatan melalui sekolah
- Mengembangkan penelitian dan berbagi pengalaman dari berbagai negara maupun lokal tentang upaya-upaya yang telah dilakukan sekolah untuk mengembangkan promosi kesehatan di sekolah
- Mendorong mobilisasi guna meningkatkan kesehatan di sekolah.

Kelima strategi promosi kesehatan digunakan untuk melengkapi keenam elemen dalam rangka mewujudkan sekolah sehat.



5.1. AKTIVITAS KUNCI PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

5.1.1 Advokasi

Advokasi diperlukan untuk meyakinkan pembuat kebijakan agar memberikan dukungan, menterjemahkan konsep promosi kesehatan di sekolah menjadi kegiatan yang akan dilaksanakan serta mengembangkan dan menerapkan kebijakan di sekolah yang akan mendukung pelaksanaan seluruh komponen promosi kesehatan di sekolah.

Tujuan advokasi adalah:

- a. Agar pemerintah setempat memberikan dukungan terhadap program promosi kesehatan di sekolah;
- b. Kepala sekolah dan guru bersedia memberikan bantuan teknis dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah;
- c. Terbentuknya kelompok kecil yang anggotanya siswa, orang tua, guru dan masyarakat (komite sekolah) guna mengembangkan aktivitas promosi kesehatan di sekolah, termasuk mengkoordinasikan sumberdaya;
- d. Meningkatnya kemampuan siswa, orang tua, guru dan masyarakat dalam program promosi kesehatan di sekolah (Leger, 2005).

Pembuat kebijakan perlu diyakinkan tentang hal-hal sebagai berikut:

- a. Pendidikan dan kesehatan merupakan dua hal yang tidak bisa dipisahkan, karena pendidikan seseorang akan mendukung kesehatannya dan sebaliknya kesehatan seseorang akan mendukung keberhasilan pendidikannya. Siswa yang sehat akan belajar lebih baik.
- b. Anak-anak dan remaja merupakan kelompok yang beresiko terhadap berbagai masalah kesehatan yang dapat dicegah melalui program kesehatan di sekolah.
- c. Kehadiran siswa di sekolah tidak hanya dipengaruhi oleh kesehatannya sendiri tetapi juga oleh status kesehatan keluarganya.
- d. Sekolah adalah kesempatan terbesar dan terbaik untuk menanamkan pengaruh positif kesehatan pada anak usia sekolah. Sekolah adalah

tempat yang paling baik untuk menanamkan pengetahuan, sikap, nilai, keterampilan dan memberikan pelayanan yang dibutuhkan anak-anak untuk menjadi sehat dan tetap sehat selamanya.

- e. Anak yang sehat tidak hanya memberikan kontribusi yang efektif bagi pertumbuhan dan perkembangan dirinya tetapi juga memberikan kontribusi yang positif bagi masyarakat di lingkungannya, bahkan negara. Hasil uji coba di berbagai negara di dunia menunjukkan bahwa pendidikan dan promosi kesehatan di sekolah secara ekonomi dan politik dapat dilaksanakan dan efektif dalam pembiayaan (cost effective).
- f. Promosi kesehatan di sekolah merupakan cara yang paling efektif dan efisien untuk memperbaiki kehidupan anak-anak.

Untuk menyampaikan hal-hal tersebut di atas kepada para pembuat dan penentu kebijakan perlu direncanakan kegiatan yang akan dilakukan dan bagaimana pelaksanaannya. Untuk maksud tersebut diperlukan:

- a. Melakukan studi tentang proses penentuan kebijakan secara nasional, bagaimana penentuan prioritas dari berbagai masalah atau isu yang ada, termasuk bagaimana cara untuk mempengaruhi penentu kebijakan. Kita perlu meyakinkan penentu kebijakan untuk mendapatkan dukungan politis agar semua sektor terkait membantu dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di sekolah.
- b. Mengumpulkan, mengorganisasi dan menganalisis berbagai informasi yang berhubungan dengan masalah kesehatan dan perilaku siswa sekolah, seperti: merokok, minuman keras/alkohol, narkoba, kehamilan remaja, kekerasan dan HIV/AIDS, termasuk berbagai intervensi yang telah dilakukan dan terbukti efektif untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Semua informasi tersebut digunakan untuk melakukan advokasi pada petugas kesehatan, guru, organisasi masyarakat dan kelompok-kelompok politik yang berpengaruh.
- c. Mengidentifikasi dan menyiapkan individu, organisasi atau kelompok untuk melakukan advokasi bagi program promosi kesehatan di sekolah, baik pada tingkat lokal maupun pusat dengan menyajikan informasi yang sudah dikumpulkan secara singkat, jelas, mudah dipahami, meyakinkan dan persuasif.

5.1.2 Identifikasi Sumberdaya

Sumberdaya manusia, materi, dana dan sumberdaya lainnya yang ada di masyarakat yang dapat mendukung promosi kesehatan di sekolah harus diidentifikasi. Organisasi-organisasi swasta yang menggarap masalah antara lain HIV/AIDS, studi perempuan, pengurangan kemiskinan, penanggulangan masalah rokok dan alkohol, gizi, perlindungan dan penyelamatan lingkungan akan memberikan dukungan jika mereka mengetahui bahwa tujuan program promosi kesehatan di sekolah sama dengan tujuan program mereka.

Sumberdaya sangat dibutuhkan untuk melakukan advokasi guna terselenggaranya pelatihan pengembangan kurikulum promosi kesehatan di sekolah dan pelatihan lainnya bagi guru dan staf sekolah lainnya. Selain itu, juga dibutuhkan sumberdaya untuk menyediakan air bersih dan sanitasi yang selama ini belum ada di sekolah.

5.1.3 Pembangunan kapasitas (*Capacity Building*)

Untuk membangun kapasitas sekolah dibutuhkan kolaborasi dengan berbagai pihak yang dapat membantu memberikan *pre service* dan *in service training* bagi para guru dan pelatihan untuk tindak lanjutnya. Selain itu, juga perlu dilakukan pembangunan infrastruktur, membuat perencanaan, melaksanakan kegiatan, melakukan monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di sekolah.

Pembangunan kapasitas sekolah juga mencakup kemampuan manajerial, seperti pengembangan program, melakukan koordinasi, menjalin kemitraan, serta melaksanakan pengawasan, supervisi dan evaluasi dari program promosi kesehatan di sekolah. Pelatihan tidak hanya diberikan oleh Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional Departemen Agama, Departemen dalam Negeri tetapi juga oleh LSM dan organisasi terkait.

5.1.4 Pengorganisasian dan Mekanisme Koordinasi

Salah satu elemen penting dari proses penguatan pendidikan kesehatan di sekolah dan pengembangan promosi kesehatan di sekolah adalah

mewujudkan mekanisme koordinasi multi sektor di semua tingkatan, baik nasional, provinsi, kabupaten maupun lokal. Mekanisme koordinasi meliputi pelimpahan tanggung jawab untuk memformulasikan dan menterjemahkan kebijakan menjadi kegiatan. Untuk itu, harus ada petunjuk untuk mengembangkan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di sekolah serta keterlibatan pelaksana kunci (*key players*) dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah. Pada tingkat nasional (pusat) Untuk melaksanakan promosi kesehatan di sekolah pada tingkat nasional perlu dibentuk:

a. Dewan Penasehat

Anggota dewan penasehat terdiri dari sektor terkait, akademisi, dan profesional dari bidang pendidikan, kesehatan, lingkungan dan Bappeda. Dewan penasehat bertugas memberikan nasehat yang terkait dengan kebijakan dan memberikan petunjuk pelaksanaan program. Dewan harus melakukan pertemuan setidaknya 3 kali per tahun atau sesuai dengan kebutuhan.

b. Komite Kerjasama Multi Sektor

Anggota komite ini terdiri dari Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, Menteri Dalam Negeri, Menteri Lingkungan Hidup, wakil dari organisasi profesi bidang kesehatan maupun pendidikan (IDI, PDGI, IAKMI, IBI, PPNI dan PGRI), LSM dan organisasi kemasyarakatan lainnya yang terkait. Komite ini berperan sebagai pimpinan dalam menyusun kebijakan dan strategi secara tertulis yang selanjutnya akan dikonsultasikan kepada dewan penasehat. Selain itu, komite juga bertugas untuk melakukan koordinasi pelaksanaan pendidikan dan promosi kesehatan di sekolah. Komite ini harus melakukan pertemuan minimal 4 kali/tahun atau sesuai dengan kebutuhan.

Dalam menjalankan fungsinya Komite Kerjasama Multi Sektor dibantu oleh sub komite yang terdiri dari para ahli di bidang masing-masing. Sebagai contoh, untuk menyiapkan dan memotivasi para guru, menyusun kurikulum dan materi rujukan, menyiapkan fasilitas fisik dan lingkungan di sekolah, sumberdaya untuk mobilisasi, pendekatan pembelajaran

dan menjalin kerjasama dengan masyarakat dibutuhkan orang yang ahli di bidang tersebut.

c. Unit eksekutif sebagai focal point pelaksana kegiatan.

Unit eksekutif bertanggung jawab pada kegiatan jangka pendek atau dari hari ke hari seperti membuat perencanaan, pelaksanaan dan koordinasi program promosi kesehatan di sekolah. Unit ini sebaiknya berada di bawah Departemen Pendidikan Nasional yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan, sektor terkait, (Departemen Agama dan Departemen Dalam Negeri) baik yang formal maupun informal.

Pada tingkat provinsi:

Sama halnya dengan di tingkat pusat, di tingkat provinsi juga harus dibentuk dewan, komite kerjasama multi sektor dan badan yang akan memfasilitasi pengembangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi dari program promosi kesehatan di sekolah

5.2. PENYELENGGARAAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Aktivitas yang ada dalam promosi kesehatan di sekolah secara garis besar terdiri dari tiga kegiatan, yaitu:

- a. Pembahasan isu-isu kesehatan melalui kurikulum yang ada, misalnya biologi, ekonomi, pendidikan jasmani dan kesehatan, serta ilmu pengetahuan sosial.
- b. Mengembangkan keterampilan guru, siswa maupun karyawan dalam berinteraksi dengan orang tua dan masyarakat, berinteraksi dengan lingkungan sekitar sekolah, serta kepada berbagai pihak yang memberikan pelayanan kepada sekolah, misalnya penyedia kantin dan jasa boga.
- c. Melaksanakan upaya promosi kesehatan untuk menscreening dan mencegah penyakit serta membekali siswa dengan pedoman untuk berperilaku sehat.

Ketiga aktivitas tersebut dapat dituangkan menjadi beberapa kegiatan, diantaranya pendidikan kesehatan di sekolah, pelayanan kesehatan di sekolah, lingkungan sekolah sehat, program pendidikan jasmani dan kesehatan, program makanan sehat, serta kemitraan sekolah, orang tua

dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan sekolah dan anak didik (Kolbe, 2005). Promosi kesehatan di sekolah diselenggarakan melalui lima tahap (Marita dkk, 2002), yang merupakan kombinasi intervensi dan riset. Kombinasi ini diperlukan guna memperoleh bukti empirik, yang secara teoritik memungkinkan terjadinya daya ungkit terhadap perubahan perilaku sasaran.

Lima tahap tersebut yaitu:

- a. Mempersiapkan metode pengukuran yang cocok,
- b. Melakukan penelitian deskriptif,
- c. Intervensi yang tepat,
- d. Menyampaikan/menyebarluaskan hasil intervensi, dan
- e. Adopsi.

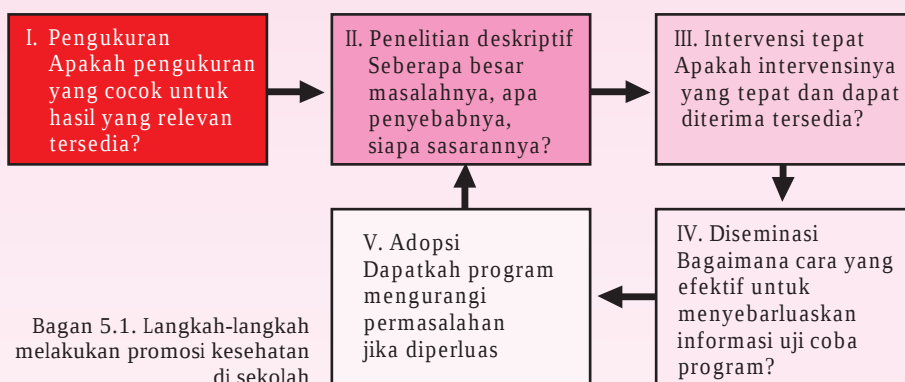
Pada tahap pertama, peneliti harus mengembangkan metode dan alat ukur yang valid, terpercaya, dapat diterima, serta cukup sensitif untuk mendeteksi adanya perubahan, walaupun kecil. Alat ukur ini harus bisa mengukur proses, dampak maupun hasil akhir dari aktivitas promosi kesehatan, termasuk mencatat terjadinya perubahan pada pengetahuan, keterampilan, sikap serta perilaku sasaran (anak sekolah). Namun mengembangkan alat ukur baru yang *valid* dan *reliable* tidak mudah. Oleh karenanya apabila sudah ada, maka pemanfaatan alat ukur yang sudah terbukti valid dan reliabel jauh lebih baik.

Pada tahap kedua, penelitian formatif diarahkan untuk mengidentifikasi seperangkat faktor yang berhubungan dengan terjadinya masalah perilaku (misalnya tidak melakukan olah raga secara teratur). Pada bagian ini juga digali informasi tentang seberapa besar kemaknaan problematika kesehatan pada anak sekolah dan keluarganya, termasuk pengalaman keluarga terpajan suatu penyakit. Informasi yang diperoleh menjadi dasar untuk mendisain intervensi yang tepat.

Tahap ketiga adalah melaksanakan intervensi yang tepat dan dapat diterima sasaran. Pada tahap ini, sasaran (anak sekolah atau orang tuanya) harus menerima informasi yang cukup tentang permasalahan yang ada

berdasarkan studi formatif, kegiatan (uji coba secara terbatas) yang akan dilaksanakan serta efektivitas dari kegiatan promosi kesehatan di sekolah. Tahap keempat, adalah menyampaikan atau menyebarluaskan informasi tentang hasil intervensi, sehingga program ini bisa dikembangkan dan direplikasikan terhadap sasaran yang lebih luas.

Adapun **tahap kelima** adalah mendorong agar sasaran bisa menerima promosi kesehatan di sekolah sebagai program yang berkontribusi terhadap upaya menurunkan kejadian penyakit tertentu di masyarakat. Meskipun demikian, apabila di dalam pelaksanaannya ada berbagai kekurangan maka yang perlu dilakukan adalah memodifikasi pendekatan dan teknik intervensinya. Hal ini digambarkan dalam bagan 5.1. di bawah ini:



Bagan 5.1. Langkah-langkah melakukan promosi kesehatan di sekolah

Namun demikian, dalam pelaksanaan langkah-langkah di atas, aktivitas lain yang tidak kalah pentingnya untuk dilakukan adalah kemitraan, sebagaimana yang dideklarasikan dalam konferensi promosi kesehatan di Jakarta tahun 1997. Konferensi internasional bertema "*The New Players for the New Era*" ini secara eksplisit mendeklarasikan perlunya berbagai pihak berperan aktif dalam berbagai aktivitas promosi kesehatan.

5.3.KEMITRAAN DALAM PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah tidak hanya dilakukan oleh pihak sekolah tetapi juga didukung oleh pihak-pihak yang terkait, yang merupakan perwujudan dari kemitraan. Secara rinci pelaksana promosi kesehatan di sekolah terdiri dari: tim kesehatan sekolah dan komite penasehat yang berasal dari masyarakat di sekitar sekolah.

5.3.1 Tim Kesehatan Sekolah

a. Unsur Tim Kesehatan Sekolah

Tim Kesehatan Sekolah terdiri dari guru dan staf sekolah lainnya, siswa dan orang tua siswa. Namun demikian yang paling besar keterlibatannya dalam kegiatan langsung promosi kesehatan di sekolah adalah staf sekolah dan siswa. Secara lebih rinci anggota Tim Kesehatan Sekolah sebaiknya terdiri dari unsur-unsur:

- Administrator
- Pemimpin dari perwakilan guru
- Guru atau staf sekolah lainnya
- Siswa
- Petugas kesehatan dari puskesmas di wilayah sekitar sekolah
- Orang tua siswa
- Anggota komisi sekolah
- Organisasi masyarakat di sekitar sekolah

Tim Kesehatan Sekolah idealnya berjumlah antara 8-14 orang, dengan kriteria sebagai berikut :

- Pandai, energik dan mau bekerja keras.
- Menampung ide-ide untuk melaksanakan promosi kesehatan di sekolah.
- Memahami pentingnya pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, menciptakan lingkungan yang sehat dan kegiatan promosi kesehatan lainnya untuk meningkatkan status kesehatan di sekolah.
- Mampu bekerja dalam tim.
- Mau bekerja dalam jangka waktu yang lama

Beberapa orang diantara anggota tim kesehatan sekolah harus ada yang memiliki jiwa pemimpin, sedangkan yang lainnya mempunyai keahlian atau minat pada bidang tertentu.

b. Peran Tim Kesehatan Sekolah

Peran yang dilakukan Tim Kesehatan Sekolah meliputi :

- Menyiapkan pimpinan untuk melakukan advokasi dan mengembangkan visi serta rencana kegiatan yang dapat dilaksanakan oleh staf sekolah.
- Bekerjasama dengan staf sekolah untuk menetapkan pimpinan Tim Kesehatan Sekolah yang bertugas untuk mengawasi penyusunan rencana kegiatan dan bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan.
- Menyimpan catatan dan deskripsi dari apa yang telah dilaksanakan.
- Bekerjasama dengan orang tua siswa untuk mengidentifikasi kebutuhan dan menampung ide mereka, serta mendorong untuk ikut berpartisipasi.
- Menjelaskan tentang peran dan harapan dari masing-masing anggota tim serta membuat kesepakatan tentang frekuensi dan waktu pertemuan.
- Bekerjasama dengan Komite Penasehat yang berasal dari masyarakat
- Mengkoordinasi rencana pemberian informasi pada staf sekolah dan anggota masyarakat serta menyusun rencana pelatihan.
- Membangun kerjasama dengan tenaga pendidik di tingkat kabupaten, petugas kesehatan dari puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya yang ada di sekitar sekolah, pihak terkait di tingkat provinsi dan pusat, serta staf dari departemen terkait.

5.3.2 Komite Penasehat

a. Unsur Komite Penasehat

Komite Penasehat merupakan pelengkap Tim Kesehatan Sekolah yang dibentuk oleh tokoh masyarakat yang memahami masalah-masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi masyarakat sekolah dan masyarakat di sekitarnya. Selain itu, anggota komite penasehat juga bisa berasal dari orang-orang yang memiliki akses pada sumberdaya yang dibutuhkan untuk meningkatkan status kesehatan.

Agar dapat mewakili semua unsur yang ada di masyarakat dan mudah diatur, anggota Komite Penasehat, sebaiknya berjumlah antara 15-25 orang dan terdiri dari:

- Petugas kesehatan (dokter, perawat, ahli kesehatan masyarakat)
- Wakil keluarga dan remaja setempat
- Perkumpulan atau organisasi perempuan setempat
- Pemda
- Pendidikan pra sekolah
- Tempat hiburan
- Bank
- Transportasi
- Badan hukum
- Petugas sanitasi di tempat umum dan tempat kerja
- LSM dan organisasi kemasyarakatan setempat

b. Peran Komite Penasehat

Bersama-sama dengan Tim Kesehatan Sekolah, Komite Penasehat bertugas :

- Melakukan advokasi bersama-sama dengan organisasi kemasyarakatan dan LSM setempat untuk mengembangkan promosi kesehatan di sekolah.
- Menjangkau tokoh masyarakat, tokoh agama, organisasi kemasyarakatan dan elemen-elemen kemasyarakatan lainnya untuk menginformasikan tentang program promosi kesehatan di sekolah sehingga mereka mau berpartisipasi dan memberikan dukungan.
- Mengidentifikasi potensi dan sumberdaya yang ada di masyarakat untuk digunakan dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di sekolah.
- Membantu mengidentifikasi masalah kesehatan dan peluang yang ada di masyarakat yang berdampak pada status kesehatan masyarakat.

5.4. PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Program Promosi Kesehatan di sekolah (dahulu: Program Pendidikan atau Penyuluhan Kesehatan di Sekolah) diawali pada tahun 1956, dengan

Anggota Komite Penasehat adalah orang yang mampu menyebarluaskan dampak dari upaya-upaya promosi kesehatan yang telah dilakukan, memperbaiki pelayanan kesehatan yang ada dan mendukung hubungan antara sekolah dengan masyarakat di sekitarnya. Oleh sebab itu, anggota Komite Penasehat sebaiknya adalah orang-orang yang memiliki kemampuan sebagai berikut :

- Mampu beradaptasi dengan situasi yang baru
- Menyukai anak-anak dan remaja serta berminat terhadap pendidikan dan kesehatan masyarakat.
- Kenal dan memahami dengan baik masyarakat di sekitar sekolah.
- Mampu mengerahkan dukungan.

Adanya kerja sama antara Departemen Kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Departemen dalam Negeri untuk mewujudkan pembinaan dan peningkatan kesehatan masyarakat sekolah, terutama siswa. Kerja sama tersebut dituangkan dalam bentuk Proyek Usaha Kesehatan Sekolah Perkotaan di Jakarta dan pedesaan di Bekasi. Kemudian, pada tahun 1970, dibentuk Panitia Bersama Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) antara Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan pada waktu itu.

Pada tahun 1980 kerja sama tersebut ditingkatkan dalam bentuk Surat Keputusan Bersama, tentang Kelompok Kerja UKS.

Pada tahun 1982 ditandatangani Piagam Kerjasama antara Direktur Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan dan Direktur Jendral Pembinaan Kelembagaan Agama Islam Departemen Agama, tentang Pembinaan Kesehatan anak. Akhirnya pada tahun 1984 dalam rangka upaya pembinaan dan peningkatan kesehatan anak-anak sekolah, empat Departemen (Depkes, Depdikbud, Depag dan Dedagri) menandatangani Surat Keputusan Bersama (SKB 4 Menteri). Lebih lanjut lagi, seiring dengan perubahan sistem pemerintahan yang desentralistik, maka SKB 4 Menteri tersebut dilakukan penyempurnaan lagi.

Inti dari SKB-SKB tersebut adalah sama yakni merupakan upaya bersama dalam pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah melalui

upaya pendidikan dan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu, sadar, berencana, terarah, dan bertanggung jawab dalam menanamkan, menumbuhkan, mengembangkan dan membimbing untuk menghayati, dan melaksanakan prinsip hidup sehat dalam kehidupan peserta didik sehari-hari. (Pedoman Pembinaan dan Pengembangan UKS, 2006).

Dari sejarah perkembangan UKS sejak awal sampai saat ini, maksud dan tujuan, serta program pokok dan intinya tetap sama. Bahwa Usaha Kesehatan Sekolah atau UKS adalah merupakan bentuk implementasi Pendidikan/Penyuluhan atau Promosi Kesehatan di Sekolah, dengan tujuan menumbuhkan, mengembangkan, dan membina kesehatan anak sekolah (siswa) sebagai generasi penerus bangsa yang sangat potensial.

Promosi Kesehatan di sekolah di Indonesia adalah merupakan implementasi kebijakan sekolah sehat (*healthy school*) yang diprakarsai oleh WHO tahun 1995. Kebijakan Sekolah Sehat yang dikonsepskan oleh WHO tersebut bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan peserta didik, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah dengan cara membantu sekolah untuk memobilisasi dan meningkatkan kegiatan promosi kesehatan dan pendidikan baik pada tingkat lokal, nasional, regional maupun global.

Oleh karena itu, Promosi Kesehatan di sekolah berupaya untuk meningkatkan kesehatan warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah dengan menggunakan potensi atau sumber daya yang tersedia dan dukungan kebijakan (Panduan Promosi Kesehatan di Sekolah, Depkes, 2007).

Dalam perkembangan selanjutnya, WHO merumuskan program Kesehatan Sekolah ini dalam "*Health Promoting School*" atau Sekolah yang berwawasan Kesehatan. Sekolah Berwawasan Kesehatan mencakup 6 elemen kegiatan, seperti telah diuraikan dalam bab pendahuluan buku ini. Dari 6 elemen tersebut 3 diantaranya sama dengan elemen kegiatan UKS (trias UKS), yakni pendidikan kesehatan, pembinaan lingkungan sekolah dan pelayanan kesehatan.

Sedangkan 3 elemen yang lain, yakni: pelibatan staf kesehatan dan guru,

penerapan kebijakan sekolah, dan upaya peningkatan kesehatan secara menyeluruh, meskipun tidak secara eksplisit disebutkan dalam elemen kegiatan UKS, tetapi sebenarnya secara implisit telah tercakup dalam kegiatan tim Pembina UKS. Oleh sebab itu, program promosi kesehatan di sekolah dalam buku ini hanya mencakup 3 kegiatan trias UKS, meskipun secara implisit mencakup tiga kegiatan yang lainnya.

5.4.1 Pendidikan kesehatan :

Guna memberikan pengertian, pemahaman, dan kemampuan tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan, pendidikan kesehatan penting dilaksanakan di sekolah-sekolah mulai Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Lanjutan Atas dan yang sederajat. Pendidikan kesehatan di sekolah dapat diwujudkan melalui dua jalur, yakni:

a. Jalur kurikuler :

Jalur kegiatan kurikuler dilaksanakan sesuai dengan kurikulum satuan pendidikan, berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan No. 22 tahun 2006 dalam mata ajaran " Pendidikan Jasmani, Olah Raga dan Kesehatan". Menurut surat keputusan ini, semua satuan tingkat pendidikan dari TK sampai SLTA dan yang sederajat, Pendidikan Kesehatan diberikan sesuai dengan kurikulum pada masing-masing jenjang pendidikan tersebut.

b. Jalur ekstrakurikuler :

Kegiatan ekstrakurikuler dirancang dan dilaksanakan oleh masing-masing sekolah. Pelaksanaan kegiatan ekstrakurikuler ini disesuaikan dengan kondisi dan situasi serta kebijakan masing-masing sekolah. Kegiatan ekstrakurikuler dilaksanakan juga terkait dengan: pendidikan kesehatan, pembinaan pelayanan kesehatan, dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Melalui kegiatan pendidikan kesehatan baik kurikuler maupun non kurikuler ini, maka anak sekolah, guru dan karyawan dapat menyebarluaskannya kepada keluarga dan lingkungan sosialnya. Muatan pendidikan kesehatan tersebut disesuaikan dengan karakter perilaku yang dapat dipandang sebagai faktor resiko terhadap kesehatan anak

sekolah. Misalnya pada anak usia SD diberikan pendidikan kesehatan tentang perlunya menjaga kebersihan diri, mengenal pentingnya imunisasi, mengenal makanan sehat, bahaya penyakit diare, demam berdarah dan influenza, mengenal kebersihan lingkungan, sekolah dan rumah, serta memahami pentingnya buang sampah pada tempatnya. Adapun pada anak SLTA diberikan materi tentang bahaya narkoba, pentingnya pemeliharaan alat reproduksi.

5.4.2. Pembinaan lingkungan sekolah sehat.

Lingkungan sekolah yang sehat merupakan faktor pemudah (enabling factors) bagi terwujudnya perilaku yang sehat. Meskipun siswa-siswa telah mengetahui dan memahami bahwa buang sampah harus di tempatnya, buang air kecil atau air besar harus di WC sekolah, tetapi kalau di lingkungan sekolah tidak ada tempat sampah atau WC sekolah, maka siswa tersebut akan membuang sampah di sembarang tempat. Oleh sebab itu lingkungan sekolah harus kondusif untuk perilaku hidup sehat, atau mempunyai fasilitas lingkungan yang mendukung perilaku hidup sehat. Pembinaan lingkungan sekolah mencakup lingkungan fisik dan lingkungan non fisik:

a. Lingkungan fisik :

Lingkungan fisik sekolah yang sehat meliputi: gedung sekolah yang layak, dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup, dilengkapi dengan air bersih yang cukup, pembuangan air limbah, jamban, pembuangan sampah. Gedung sekolah harus dilengkapi pula dengan pagar sekolah, kebun atau taman sekolah, dan warung sekolah.

b. Lingkungan sosial dan mental :

Lingkungan sosial dan mental sekolah yang sehat, berarti sekolah dilengkapi pula dengan adanya konseling, adanya kegiatan perkemahan, adanya kegiatan pertunjukan teater, musik, kegiatan kepramukaan, palang merah remaja, dokter kecil, dan sebagainya.

Di samping lingkungan sekolah, juga lingkungan di luar sekolah, yakni lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar sekolah. Lingkungan ini merupakan lingkungan dimana sebagian besar waktu

anak sekolah (siswa) berinteraksi dengan orang lain. Oleh sebab itu program atau upaya pembinaan lingkungan sekolah juga termasuk pembinaan lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar.

5.4.3. Penyediaan layanan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan di Sekolah diselenggarakan guna mendukung terwujudnya perilaku sehat bagi masyarakat sekolah, utamanya anak sekolah. Oleh sebab itu program atau kegiatan pelayanan kesehatan tidak semata-mata adanya pelayanan untuk anak sekolah yang sakit/cedera saja, tetapi juga mencakup kegiatan pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan kesehatan sekolah, bukan dalam bentuk fisik pelayanan kuratif misalnya P3K saja, tetapi juga fasilitas untuk kegiatan promotif, misalnya ruang fitness, fasilitas olah raga sesuai dengan minat , dan sebagainya.

Berikut ini dipaparkan empat contoh program promosi kesehatan di sekolah, pertama adalah intervensi pengurangan resiko HIV/AIDS di Tanzania. Kedua adalah pengendalian vektor nyamuk melalui promosi kesehatan di sekolah. Ketiga adalah promosi kesehatan di sekolah untuk mengurangi faktor resiko kegemukan pada anak-anak. Terakhir adalah promosi kesehatan mental pada sekolah-sekolah di daerah pascakonflik kekerasan bersenjata.

Penguatan Kapasitas Komunitas terhadap HIV/AIDS melalui Drama

Proyek CHASE (*The Child Health and Social Ecology*) diawali pada 2003 untuk mengevaluasi efektivitas anak-anak usia 10-14 tahun menjadi agen perubahan dalam intervensi sosial dan perilaku untuk menguatkan komunitas dalam mengurangi resiko dan stigma HIV/AIDS.

Proyek CHASE diimplementasi di daerah Moshi di wilayah Kilimanjaro-Tanzania yang memiliki prevalensi HIV mencapai 7,3%. Dari proyek CHASE ini, ternyata anak-anak yang diintervensi di 15 komunitas menunjukkan pemahaman bersama atas peran mereka sebagai agen kesehatan. Mereka juga mampu memainkan dengan baik drama komunitas untuk menyebarkan pengetahuan tentang realita sosial dan mikrobiologi dari HIV/AIDS.

Dari hasil evaluasi yang dilakukan, intervensi melalui drama komunitas oleh anak-anak sekolah ternyata berhasil dalam hal sebagai berikut:

1. Anak-anak mampu menyebarkan fakta-fakta tentang HIV/AIDS kepada orang dewasa.
2. Anak-anak mampu mengurangi diskriminasi terhadap orang-orang yang positif HIV.
3. Anak-anak mampu membantu melawan kriminalitas.
4. Anak-anak dan dewasa ternyata dapat berbicara berkomunikasi dua arah tentang HIV/AIDS.

Sumber: Norifumi Kamo, Mary Carlson, Robert T Brennan, Felton Earls. (2008). Young Citizens as Health Agents: Use of Drama in Promoting Community Efficacy for HIV/AIDS. American Journal of Public Health, 98(2), 201-4.

Pengendalian Vektor melalui Promosi Kesehatan di Sekolah

Di Kota Depok, Jawa Barat jumlah penderita demam berdarah terus meningkat, dari 312 kasus (1997), 1838 kasus (2006) dan tahun 2007 mencapai 2956 kasus. Strategi promosi kesehatan di komunitas kurang berhasil menurunkan jumlah kasus demam berdarah. Untuk itu dilakukan promosi penanggulangan DBD melalui sekolah, utamanya terhadap siswa-siswa SD kelas III, IV dan V pada 9 SD negeri di Kota Depok. Untuk keperluan evaluasi, rancangan yang digunakan adalah eksperimen. Adapun intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan terdiri dari pelatihan, pendampingan, kampanye serta pemeriksaan jentik berkala.

Program yang dilakukan selama 6 bulan dapat meningkatkan KAP anak sekolah sebesar 4,25 - 10,28% ($p < 0,05$), serta pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga sebesar 2,21-12,72% ($p < 0,05$). Pengetahuan siswa yang berubah secara signifikan ($p < 0,05$) adalah tentang vektor (meningkat 7,58%) dan tentang gejala demam berdarah (meningkat 5,32%). Sikap siswa berubah secara signifikan ($p < 0,05$). Sikap siswa terhadap keseriusan penyakit, efektivitas PSN 3M Plus, dan rencana tindakan meningkat sebesar 2,29-11,62%.

Praktek siswa PSN 3M Plus dan memeriksa habitat potensial perkembangbiakan nyamuk meningkat 8,24 - 11,15%. Sejalan dengan perubahan KAP pada siswa, secara umum pengetahuan ibu tentang vektor, gejala DBD dan PSN 3M Plus meningkat 4,15 - 12,82%. Sikap ibu berupa rencana tindakan menyampaikan informasi demam berdarah kepada suami/anggota keluarga meningkat 7,84%. Praktek ibu memeriksa habitat perkembangbiakan *Aedes aegypti* meningkat 4,85%.

Indeks jentik juga menurun cukup tajam pada kelompok perlakuan. Pada awal penelitian, CI, BI kelompok perlakuan jauh lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Namun pada akhir penelitian, CI

kelompok perlakuan turun 29,02% ($p=0,001$), BI turun 20,83% ($p=0,001$). Pada kelompok kontrol, CI dan BI juga turun namun persentasenya rendah, yaitu 3,83-8,65%. Uji regresi logistik berganda memberikan gambaran bahwa faktor yang berkontribusi pada CI di awal penelitian adalah praktek ibu mengendalikan vektor, namun pada akhir penelitian, faktor yang berhubungan dengan CI adalah sikap siswa. Uji diskriminan yang dilakukan menunjukkan jika sikap siswa positif maka CI turun, demikian pula sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi promosi kesehatan yang dilengkapi dengan pemeriksaan jentik berkala terbukti efektif meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek (KAP) anak sekolah dan ibu rumah tangga dalam pengendalian vektor DBD, sekaligus menurunkan indeks jentik, utamanya CI dan BI.

Sumber: Tri Krianto. Pengaruh promosi kesehatan terhadap perilaku pengendalian vektor dengue: studi intervensi pada murid-murid Sekolah Dasar Negeri di Kota Depok (Disertasi). 2008.

Promosi Kesehatan di Sekolah untuk Mengurangi Faktor Resiko Kegemukan

Prevalensi kegemukan (*obesity*) pada anak meningkat di seluruh dunia. Di Inggris, prevalensinya merentang dari 6% pada anak usia dini hingga 17% pada anak usia 15 tahun. Oleh karena kegemukan dapat terus meningkat hingga dewasa dan kegemukan pada usia dewasa lebih sulit diintervensi, maka anak-anak sangat layak menjadi target utama strategi pencegahannya. Kebanyakan intervensi kegemukan dilakukan pada tatanan klinis. Di Inggris, telah banyak program promosi kesehatan di sekolah yang sukses, namun belum ada yang secara khusus menyoroti isu kegemukan. *The active programme promoting lifestyle education in school (APPLES)* dirancang sebagai program yang multi-disiplin dan multi-agensi.

Dengan mengacu pada paradigma Health Promoting School, program ini menghubungkan sekolah dengan keluarga dan komunitas. Program juga berfokus pada kebijakan sekolah, gaya manajemen, dan sikap staf pengajar sehingga tercapai konsistensi pertukaran pesan. Tim dalam program ini terdiri dari pakar diet (sebagai manajer program), dokter anak, spesialis promosi kesehatan, psikolog, dokter ahli kegemukan, dan epidemiologis nutrisi. Adapun target dari program adalah seluruh komunitas sekolah, termasuk orang tua, guru, staf katering, dan lingkungan sekolah.

APPLES dirancang selama satu tahun akademik yang implementasinya disesuaikan dengan rencana kegiatan tahunan sekolah. Adapun tujuan program ini tidak hanya untuk menyebarkan pengetahuan saja, tetapi juga untuk mempengaruhi perilaku diet dan aktivitas fisik para target. Tim memberikan pelatihan kepada guru-guru dan manajer program memberikan masukan dan mengontak sekolah-sekolah secara teratur untuk memberikan dukungannya. Jalannya program didasari pada pendekatan *bottom-up* untuk memastikan rasa kepemilikan program oleh tiap sekolah.

Hasil dari evaluasi menunjukkan program APPLES sukses membawa perubahan di sekolah-sekolah dalam menanggulangi faktor resiko untuk kegemukan. Kesuksesan didukung oleh partisipasi yang tinggi dari sekolah, guru, staf, orang tua dan siswa. Perubahan positif terlihat dari makanan yang dibawa para siswa, makanan yang diujakan di kantin dan toko di sekolah dan sekitarnya, masuknya pendidikan nutrisi dan praktek makanan sehat dalam kurikulum, serta tersedianya tempat bermain yang menunjang aktivitas fisik siswa.

Sumber: Sahota, P., Rudolf, M.C.J., Dixey, R., Hill, A.J., Barth, J.H. and Cade, J. (2001) Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. BMJ, 323 (7320). pp. 1027-1029. ISSN 0959-8138

Promosi kesehatan mental di sekolah untuk anak-anak korban konflik bersenjata di daerah miskin

Belum banyak yang diketahui tentang kemanjuran dari program promosi kesehatan mental terhadap anak-anak korban konflik bersenjata, khususnya yang berada di daerah miskin. Sulitnya mengidentifikasi problema kesehatan mental anak semakin bertambah berat ketika situasi diperparah oleh faktor kemiskinan dan ketidakstabilan politik.

Untuk itu, sebuah intervensi berbasis sekolah dirancang untuk anak-anak korban konflik di daerah Poso, Sulawesi Tengah, Indonesia. Sebanyak 495 siswa sekolah dengan rata-rata umur 9,9 tahun menjadi partisipan dari program promosi kesehatan mental ini. Adapun kriteria bagi partisipan adalah anak-anak yang pernah terpapar konflik kekerasan bersenjata (minimal satu kali). Intervensi kelompok berbasis sekolah ini menghabiskan 15 sesi selama 5 minggu. Materi pada setiap sesinya diberikan oleh para trainer lokal yang telah mendapat pelatihan khusus sebelumnya. Adapun materi dalam setiap sesi meliputi aktivitas proses trauma, permainan kooperatif, dan elemen kreatif-ekspresif.

Pengukuran hasil intervensi menggunakan skala stres pascatrauma untuk anak, skala depresi, uji gangguan kecemasan, dan skala harapan untuk anak. Hasilnya, intervensi berbasis sekolah ini mampu mengurangi gejala stress pascatrauma pada siswa dan membantu mereka dalam mempertahankan harapan. Adapun untuk mengurangi depresi dan gangguan kecemasan, program ini belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Hal yang disarankan untuk program berikutnya adalah mengagendakan kegiatan sejenis untuk periode yang lebih lama dengan melibatkan tidak hanya siswa saja tetapi juga orang tua, staf sekolah dan masyarakat di lingkungan sekolah.

Sumber: Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Jordans MJ, Macy RD, De Jong JT. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. HealthNet TPO, Department of Public Health and Research, Tolstraat 127, 1074 VJ, Amsterdam, The Netherlands.

Promosi
Kesehatan
di Sekolah

BAB 6

PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH



BAB 6

PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Perencanaan promosi kesehatan adalah proses diagnosis penyebab masalah, penetapan prioritas masalah dan alokasi sumberdaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Oleh sebab itu, perencanaan promosi kesehatan di sekolah harus dibuat secara bersama-sama oleh pihak sekolah, masyarakat di sekitar sekolah, profesional kesehatan, dan pihak terkait sehingga dihasilkan program promosi kesehatan di sekolah yang efektif dalam biaya (*cost effective*) dan berkesinambungan. Adapun langkah-langkah yang harus dilakukan dalam melakukan perencanaan promosi kesehatan di sekolah adalah sebagai berikut:

A. Analisis Situasi

- a. Diagnosis masalah
- b. Menetapkan prioritas masalah

B. Pengembangan Rencana Kegiatan Promosi Kesehatan di Sekolah

- a. Menentukan tujuan promosi kesehatan di sekolah
- b. Menentukan sasaran promosi kesehatan di sekolah
- c. Menentukan metode promosi kesehatan di sekolah
- d. Menentukan media promosi kesehatan di sekolah
- e. Menyusun rencana evaluasi promosi kesehatan di sekolah
- f. Menyusun jadwal pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah

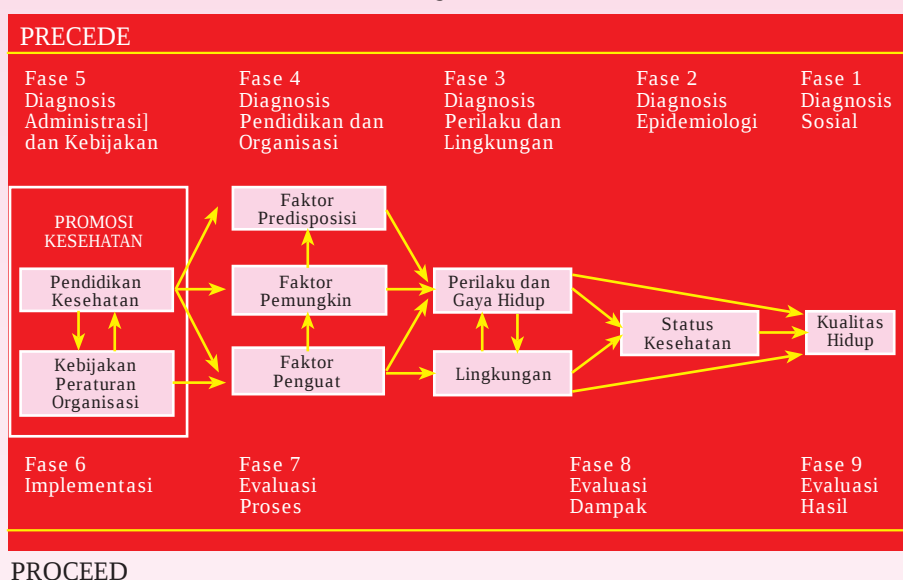
6.1. ANALISIS SITUASI

6.1.1 Diagnosis Masalah

Green dan Kreuter (1991) telah mengembangkan suatu model pendekatan untuk membuat perencanaan dan evaluasi kesehatan yang dikenal sebagai model PRECEDE-PROCEED. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) digunakan pada fase diagnosis masalah kesehatan, penetapan prioritas masalah dan tujuan

program. PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development*) digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan serta pelaksanaan dan evaluasi. Berikut gambaran dari kerangka PRECEDE-PROCEED:

Gambar 7.1: Kerangka PRECEDE-PROCEED



Langkah-langkah PRECEDE-PROCEED

Fase 1: Diagnosis Sosial

Diagnosis sosial adalah proses penentuan kualitas hidup siswa, guru, masyarakat, sekolah, sekolah serta masyarakat di sekitar sekolah. Untuk mengetahui masalah sosial pada siswa yang dapat digunakan indikator sosial, yaitu tingkat absentisme dan prestasi akademik siswa.

Penilaian dapat dilakukan dari data yang ada maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung dari pengelola sekolah dan pihak yang terkait. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara survei, *Focus Group Discussion (FGD)* atau wawancara dengan informan kunci seperti kepala sekolah, guru, komite sekolah, perwakilan masyarakat setempat dan pihak terkait.

Fase 2: Diagnosis Epidemiologi

Masalah kesehatan merupakan hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup siswa. Sebagai contoh: cacingan, anemia, kurang energi protein (KEP), malnutrisi, merokok dan penyalahgunaan zat adiktif dapat mempengaruhi produktivitas dan prestasi belajar siswa sekolah. Oleh sebab itu, pada fase ini diidentifikasi faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup siswa atau masyarakat di sekitar Sekolah. Pada fase tersebut harus diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, tanda dan gejala yang ditimbulkan), bagaimana cara menanggulangi masalah kesehatan tersebut (imunisasi, perawatan/ pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku). Informasi ini sangat dibutuhkan untuk menetapkan prioritas masalah yang biasanya didasarkan atas pertimbangan besarnya masalah dan akibat yang ditimbulkan serta kemungkinan untuk diubah.

Informasi status kesehatan pada suatu masyarakat sekolah dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti catatan petugas UKS puskesmas, catatan medis di klinik atau rumah sakit, pusat data kesehatan lokal dan Dinas Kesehatan. Jika tidak ditemukan data maupun catatan atau jika ingin didapatkan informasi tambahan, dapat dilakukan survei atau wawancara secara perorangan atau kelompok pada siswa, orang tua siswa, petugas UKS puskesmas, guru dan perwakilan masyarakat setempat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dirasakan oleh sebagian besar masyarakat.

Fase 3: Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Pada fase ini diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan dan masalah lingkungan (fisik dan psiko-sosial) yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan maupun kualitas hidup masyarakat sekolah. Sebagai contoh: sanitasi yang tidak adekuat, pelecehan seksual, kekerasan oleh guru dan stres akibat tugas sekolah yang terlalu berat dapat mempengaruhi status kesehatan siswa.

Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan digunakan indikator perilaku seperti: 1) pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*) yang ada; 2) upaya pencegahan (*preventive action*) Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan digunakan indikator perilaku seperti: 1) pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*) yang ada; 2) upaya pencegahan (*preventive action*) seperti imunisasi; 3) pola konsumsi (*consumption pattern*) seperti kebiasaan sarapan, makan dengan gizi yang seimbang dan kebiasaan jajan yang sehat; 4) kepatuhan (*compliance*), seperti tidak merokok dan menggunakan zat adiktif, minum obat cacing bagi penderita cacingan dan minum tablet besi sekali/hari bagi yang menderita anemia; 5) upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*), seperti: cuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar, mandi 2 kali/hari, sikat gigi setelah sarapan pagi dan malam sebelum tidur, menjaga kebersihan kuku.

Fase 4: Diagnosis Pendidikan dan Organisasional

Determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan siswa sekolah atau masyarakat di sekitarnya dapat dilihat dari tiga faktor, yakni: 1) faktor predisposisi (*predisposing factor*), seperti: pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan, norma atau nilai yang diyakini siswa yang tentu saja dipengaruhi oleh orang tua dan guru; 2) faktor pemungkin (*enabling factor*), yaitu faktor lingkungan yang memfasilitasi perilaku seseorang seperti tersedia pelayanan kesehatan di sekolah atau di sekitar sekolah; 3) faktor penguat (*reinforcing factor*), seperti perilaku orang tua, guru, petugas kesehatan dan teman sebaya yang dapat mempengaruhi perilaku siswa sekolah.

Fase 5: Diagnosis Administratif dan Kebijakan

Upaya untuk memperbaiki status kesehatan dapat didukung atau dihambat oleh peraturan dan kebijakan yang ada. Oleh sebab itu, perlu diketahui tentang bagaimana dampak peraturan dan kebijakan di tingkat nasional, kabupaten, lokal maupun sekolah terhadap kesehatan. Untuk maksud tersebut perlu dilakukan telaah kebijakan dan peraturan yang ada tentang:

- Syarat kehadiran siswa di sekolah
- Kesamaan kesempatan untuk sekolah bagi anak laki-laki dan perempuan

- Kedudukan perempuan di sekolah, tempat kerja dan tatanan sosial lainnya
- Kekerasan seksual, fisik dan mental
- Produksi, pemasaran dan distribusi rokok, minuman keras dan zat adiktif lainnya.

Peraturan dan kebijakan tersebut memberikan dampak langsung pada :

1. Siswa

Yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan, keamanan, kehadiran di sekolah, mengulang kelas, pembelajaran dan kemampuan akademik

2. Guru dan staf sekolah

Yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan, keamanan, absentisme, kepuasan kerja, keluar-masuk pegawai, moral dan partisipasi dalam kehidupan bermasyarakat.

3. Masyarakat di sekitarnya

Yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan individu dan keluarga, kemampuan ekonomi, keamanan, penularan penyakit, beban kesehatan, pelaksanaan hukum dan peraturan, pelayanan sosial, kesempatan

untuk berpartisipasi sebagai warga negara dan bekerja.

Pada diagnosis administratif dilakukan 3 penilaian, yaitu: 1) sumberdaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program promosi kesehatan di sekolah, 2) sumberdaya yang ada di sekolah dan masyarakat sekitarnya, serta 3) hambatan pelaksanaan program.

Pada fase ini diidentifikasi individu, masyarakat atau program yang sudah terlibat dalam upaya promosi kesehatan di sekolah. Untuk itu perlu dilakukan telaah pada :

- Klinik, rumah sakit dan petugas yang memberikan pelayanan kesehatan

- Program kesehatan bayi, gizi anak, keluarga berencana (KB), pencegahan
- HIV/AIDS, program keamanan dan program kesehatan masyarakat lainnya
- Proyek pendidikan dan promosi kesehatan bagi orang tua siswa
- Upaya promosi kesehatan nasional Proyek-proyek LSM lokal dan internasional

Menetapkan Prioritas Masalah

Langkah yang harus ditempuh untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan adalah :

- Menetapkan status kesehatan.
- Menentukan pola pelayanan kesehatan yang ada.
- Menentukan hubungan antara status kesehatan dengan pelayanan kesehatan di sekolah dan masyarakat.
- Menentukan determinan masalah kesehatan.

Setelah melakukan langkah-langkah di atas, selanjutnya dalam menentukan prioritas masalah kita harus mempertimbangkan beberapa faktor, seperti:

- Beratnya masalah dan akibat yang ditimbulkan.
- Pertimbangan politis, guna mendapatkan dukungan.
- Sumberdaya yang ada di sekolah maupun masyarakat.

6.2.PENGEMBANGAN RENCANA KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

6.2.1 Menentukan Tujuan

Pada dasarnya tujuan promosi kesehatan di sekolah adalah untuk mencapai tiga hal, yaitu: meningkatkan pengetahuan dan atau sikap siswa, guru, masyarakat sekolah, serta masyarakat di sekitarnya, meningkatkan perilaku siswa, guru, masyarakat sekolah, serta masyarakat di sekitarnya, yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap peningkatan status kesehatan siswa, guru masyarakat sekolah, serta masyarakat di sekitarnya.

Agar tujuan promosi kesehatan di sekolah dapat dicapai dan dijalankan

menurut Green dan Kreuter (2005).

sesuai dengan apa yang diinginkan, maka tujuan harus dibuat dengan berpedoman pada SMART yang merupakan singkatan dari Specific, yang artinya tujuan harus khusus, *Measurable* atau dapat diukur, *Appropriate* atau tepat guna, *Reasonable* atau dapat dilaksanakan, dan *Time bound*, yang artinya harus dicapai dalam kurun waktu tertentu.

Menurut *Green dan Kreuter (2005)* tujuan promosi kesehatan terdiri atas tiga tingkatan, yaitu:

a. Tujuan Program (*Program Objective*)

Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Jika ditinjau dari kerangka PRECEDE-PROCEED, maka tujuan program merupakan refleksi dari fase sosial dan epidemiologi. Oleh sebab itu, tujuan program sering pula disebut sebagai tujuan jangka panjang.

b. Tujuan Pendidikan (*Educational Objective*)

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai yang dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada, yang merupakan refleksi dari fase perilaku dan lingkungan (*Green dan Kreuter, 2005*). Oleh sebab itu, tujuan pendidikan disebut pula sebagai tujuan jangka menengah.

c. Tujuan Perilaku (*Behavioral Objective*)

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan, yang jika dilihat dari kerangka PRECEDE-PROCEED merupakan refleksi dari fase pendidikan dan organisasional. Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap dan disebut pula sebagai tujuan jangka pendek.

WHO (2003) menyederhanakan tujuan program promosi kesehatan di sekolah menjadi dua yang terdiri atas: 1) tujuan umum (*goal*), yang merupakan pernyataan tentang status kesehatan yang akan dicapai di akhir program yang dilaksanakan selama periode waktu tertentu; dan 2) tujuan khusus (*objective*) yang merupakan pernyataan tentang pengetahuan, sikap dan perilaku atau ketrampilan tertentu yang dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada. Tujuan khusus merupakan gabungan dari tujuan pendidikan dan tujuan perilaku dari tingkat tujuan

Elemen promosi kesehatan di sekolah merupakan pegangan dalam menentukan tujuan khusus guna mencapai tujuan umum (goal) yang telah ditetapkan. Tujuan khusus harus mampulaksana, memungkinkan digunakannya sumberdaya yang ada seefisien mungkin dan memberikan dampak yang besar dalam meningkatkan status kesehatan. Oleh sebab itu, pada awalnya dilakukan kegiatan hanya pada satu area saja (misal:program makanan tambahan di sekolah, suplementasi gizi, pertolongan pertama, perbaikan jamban, perawatan penyakit akibat parasit, perlindungan sumber air dan tanaman, lingkungan psiko-sosial yang sehat) yang dapat menjadi contoh keberhasilan. Hal ini tentu saja akan membuat masyarakat di sekitar sekolah juga merasakan manfaatnya dan percaya bahwa perubahan dapat dilakukan. Proyek jangka panjang (misal: kebersihan makanan dan lingkungan, program air bersih, kontrol ektor, taman kota dan pusat pelayanan kesehatan di sekolah) harus lebih ambisius dan lebih bernilai.

Berikut ini contoh tujuan umum dan tujuan khusus dari program promosi kesehatan di sekolah:

- **Tujuan Umum :**
Prevalensi cacingan pada siswa sekolah menurun 90% setelah program berjalan 3 tahun.
- **Tujuan Khusus :**
 - a. Pengetahuan dan sikap siswa, warga dan masyarakat sekolah serta masyarakat di sekitarnya tentang cacingan, pencegahan dan penanggulangannya meningkat 50% setelah program berjalan 6 bulan.
 - b. Kebiasaan siswa untuk cuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar meningkat 75% setelah program berjalan 1 tahun.
 - c. Pemeriksaan tinja dan pemberian obat cacing bagi siswa yang positif cacingan dilaksanakan setiap 6 bulan sekali.

Pada setiap tujuan khusus, tetapkan kegiatan apa yang harus dilakukan agar tujuan tersebut dapat tercapai. Kegiatan apa saja yang harus dilakukan pada tahun pertama, tahun ke-2 dan tahun ke-3, jika tujuan umum akan dicapai dalam waktu 3 tahun. Telaah rencana tersebut dan diskusikan dengan pihak sekolah tentang bagaimana tugas dibuat. Tetapkan siapa yang akan bertanggung jawab untuk setiap kegiatan pada tahun pertama dan sertakan orang yang ahli dan berpengalaman pada setiap kegiatan. Anggota komite penasehat dapat membantu dalam kegiatan khusus. Tetapkan tanggung jawab dari tim kesehatan sekolah dan komite penasehat sehingga setiap orang mengetahui peran, tugas dan kewajibannya.

Masalah dana dan dukungan juga harus dipikirkan karena perencana dan pendidik kadang-kadang berpikir bahwa promosi kesehatan merupakan kegiatan ekstra sehingga pihak kesehatan sekolah tidak pernah mengalokasikan dana untuk kegiatan tersebut. Oleh karena itu, biaya kegiatan promosi kesehatan dapat dimasukkan ke dalam budget kegiatan sekolah yang ada dan dilaksanakan oleh staf yang ada. Jika dibutuhkan dana tambahan di luar budget sekolah maka dapat dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

- Kontribusi dari masyarakat (misal: sumbangan dan bantuan teknis).
- Kegiatan-kegiatan di sekolah yang memberikan pemasukan, seperti membuat dan menjual makanan sehat.
- Menjalin kemitraan dengan pihak swasta.
- Menjalin kemitraan dengan badan atau LSM internasional (bantuan dapat berupa dana maupun bantuan teknis).
- Relawan yang menyumbangkan waktu, tenaga dan keahliannya.

6.2.2 Menentukan Sasaran Promosi Kesehatan di Sekolah

Sasaran promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan tidak selalu sama. Oleh sebab itu, kita harus menetapkan sasaran langsung (primer) dan tidak

langsung (sekunder dan tersier). Di dalam promosi kesehatan di sekolah, yang dimaksud dengan sasaran langsung (primer) adalah siswa sekolah, sedangkan sasaran sekunder adalah: warga sekolah (guru, kepala sekolah dan staf sekolah lainnya), masyarakat sekolah (pengelola kantin dan penjaga sekolah) dan masyarakat di sekitarnya, termasuk orang tua siswa. Sasaran tersier dari promosi kesehatan di sekolah terdiri dari: Komite Sekolah, Tim Pembina dan pelaksana UKS, para penentu kebijakan, seperti: Persatuan Guru Seluruh Indonesia (PGRI), Kepala Dinas Pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Daerah, DPR/DPRD, instansi terkait lainnya dan tokoh masyarakat.

6.2.3 Menentukan Metode Promosi Kesehatan di Sekolah

Dalam menentukan metode yang akan digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa sekolah harus dipertimbangkan aspek yang akan dicapai. Bila mencakup aspek pengetahuan maka dapat dilakukan dengan cara penyuluhan langsung, misalnya materi penyuluhan dimasukkan ke dalam kurikulum yang sudah ada di sekolah, pemasangan poster dan spanduk di lingkungan sekolah, sehingga siswa, warga dan masyarakat sekolah sering melihat dan membacanya yang akan berdampak pada terjadinya perubahan pengetahuan mereka. Untuk aspek sikap perlu diberikan contoh yang lebih konkrit yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap siswa, misalnya dengan memperlihatkan foto, slide atau pemutaran film. Untuk maksud tersebut dapat dilakukan dengan menjalin kerjasama dengan pihak-pihak terkait, seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Komite Sekolah dan LSM yang ada.

Bila akan mengembangkan aspek keterampilan tertentu maka siswa-siswa harus diberi kesempatan untuk mencoba keterampilan tersebut. Sebagai contoh: selain dibangun tempat cuci tangan maka kepada siswa juga harus diajarkan dan dipraktekkan tentang cara mencuci tangan yang benar. Disamping itu, agar siswa sekolah dapat menjaga kebersihan gigi dan mulutnya, selain diberikan penyuluhan tentang waktu yang tepat untuk menggosok gigi, perlu dilakukan praktek menggosok gigi secara bersama-sama yang sebelumnya kepada semua siswa diminta untuk

berkumur-kumur dengan cairan yang dapat menunjukkan adanya kotoran pada gigi. Melalui praktek langsung maka siswa-siswa akan memiliki keterampilan menggosok gigi secara benar. Untuk dapat melakukan berbagai metode tersebut perlu dilakukan kerjasama dengan berbagai pihak terkait yang dapat memberikan sumberdaya (tenaga, dana maupun materi) yang dibutuhkan.

6.2.4 Menentukan Media Promosi Kesehatan di Sekolah

Teori pendidikan menyebutkan belajar yang paling baik dan mudah adalah dengan menggunakan panca indera sebanyak mungkin, yang untuk maksud tersebut hampir semua program pendidikan kesehatan menggunakan berbagai media. Jenis media yang digunakan harus disesuaikan dengan sasaran pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumberdaya yang ada.

6.2.5 Menyusun Rencana Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari apa yang telah dilaksanakan. Oleh sebab itu, pada waktu mengembangkan perencanaan program promosi kesehatan di sekolah, rencana evaluasi juga harus direncanakan. Disini harus dijabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran mana yang akan dievaluasi dan siapa yang akan melaksanakan evaluasi.

6.2.6 Menyusun Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Untuk memudahkan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan yang dilakukan perlu disusun jadwal pelaksanaan kegiatan, yang biasanya disajikan dalam bentuk gan chart, yang terdiri dari: waktu, tempat dan pelaksanaan dari setiap kegiatan.

