

# Evaluasi Pelaksanaan Kampanye Sosial Perilaku Hidup Bersih dan Sehat untuk Menurunkan Angka Diare di Kabupaten Kulonprogo

Tri Hastuti Nur Rochimah<sup>1</sup>

**Abstract:** *Even though the campaign of “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat” has become a very deep attention from government, mass organization and NGO in Indonesia for so long, this program is still ineffective. It is indicated by the increasing of diarrhea sufferers in Kabupaten Kulon Progo. It can be an impact of three factors: (1) inappropriate media and message strategy and (2) minimal political will of the government, and also (3) the campaign design is not based on the field research. Additionally, the approach of this campaign did not encourage people to participate.*

**Keywords:** *behavioral change, message design, participation*

Selama ini masyarakat umum menganggap bahwa penyakit diare dianggap sebagai penyakit sepele atau bahkan tidak dianggap penting. Di tingkat nasional, diare masuk dalam daftar sepuluh penyakit yang sering dilaporkan oleh masyarakat, dan ternyata tetap ada setiap tahunnya. Bahkan kematian anak balita yang disebabkan karena diare angkanya cukup besar dan belum beranjak turun. Di Kabupaten Kulonprogo tingkat diare pada kenyataannya terus

---

<sup>1</sup> **Tri Hastuti Nur Rochimah** adalah Dosen Jurusan Ilmu Komunikasi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan konsultan lepas dalam bidang *health promotion*

meningkat dari tahun ke tahun. Bahkan pada tahun 2006, angka diare pernah menjadi KLB (kejadian luar biasa) dengan jumlah penderita 45 orang, dengan angka kematian 1 orang. Pada tahun 2007, data *survelence* terpadu penyakit berbasis Puskesmas (diare dan gastroente) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kulonprogo pada tahun 2007 menunjukkan bahwa jumlah total 6.359 kasus dengan jumlah laki-laki 3.757 orang dan perempuan sejumlah 2.602 orang. Data tersebut merupakan data yang resmi dicatat atau dilaporkan dari penderita yang datang berobat ke rumah sakit atau puskesmas, yang diperbaharui (*diupdate*) secara mingguan. Angka tersebut tidak termasuk angka-angka yang tidak dilaporkan karena penderita tidak dibawa berobat ke rumah sakit atau puskesmas karena penderita diobati sendiri oleh orangtuanya.

Pertanyaan penting selanjutnya, mengapa Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo mengkampanyekan perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah dan menurunkan angka diare. Salah satu alasannya adalah penyebab dari diare pada umumnya yaitu rutinitas yang masih banyak tidak dilakukan oleh masyarakat untuk melakukan kebiasaan hidup bersih dan sehat dengan cara yang paling sederhana sekalipun misalnya dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan menjaga kebersihan lingkungan sekitar tempat tinggal (Wawancara dengan Kepala Seksi Pemberdayaan, drg. Ani Mursiastuti, M.Kes, Pebruari, 2008). Perilaku yang “buruk” tersebut menyebabkan angka diare tidak menurun dan bahkan cenderung terus meningkat. Oleh karena itu, pada tahun 2001 Dinas Kesehatan kabupaten Kulonprogo mencanangkan kampanye Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) hingga sekarang ini. Kampanye ini akan terus dilakukan tidak hanya untuk menurunkan angka diare saja namun juga diharapkan menjadi kebiasaan setiap rumah tangga di Kabupaten Kulonprogo terutama pada keluarga yang mempunyai anak balita. Secara ekstrem dinas kesehatan bahkan menyatakan kampanye ini akan berlaku selamanya, seperti disampaikan oleh drg. Ani Mursiastuti, M.Kes:

”Sebenarnya PHBS tidak mencakup pemberantasan penyakit diare saja, melainkan juga adanya tujuan-tujuan lain yang diharapkan akan mengentaskan beberapa masalah yang menyangkut kesehatan masyarakat. Sehingga PHBS bukan prioritas utama dalam program penyakit diare, penyakit seperti DBD dan Malaria. Dan apabila ada kasus diare itu hanya dilakukan pengobatan secara kuratif dengan diberikan oralit.” (Wawancara Pebruary, 2008).

Jadi tingginya angka diare di Kabupaten Kulonprogo selama inilah yang menjadi salah satu alasan diadakannya kampanye PHBS oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo. Di samping alasan tersebut, sebenarnya program ini juga secara struktural formal merupakan program-program “turunan” yang didesain oleh propinsi bahkan tingkat pusat. Tidak sedikit program-program yang berkaitan dengan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat ini didukung oleh lembaga-lembaga donor internasional. Namun dikarenakan *design* program yang seringkali tidak berkelanjutan, banyak program atau kegiatan yang berulang-ulang dilakukan dan tidak ditindaklanjuti oleh dinas. Ada kesan bahwa program hanya akan berjalan kalau ada *budget*/dana.

Program kampanye PHBS ini adalah program nasional yang terus dikembangkan untuk mencapai kesehatan masyarakat yang sesungguhnya. Adapun program-program PHBS antara lain penyuluhan kepada masyarakat tentang pola hidup sehat, pemberdayaan generasi muda, pembinaan sekolah sehat, pengembangan media promosi sadar hidup sehat. Ada beberapa program yang sesungguhnya berkaitan (*intersection*) dengan program kampanye PHBS dan bahkan mendukung pelaksanaan kampanye PHBS.

Secara umum tujuan dan sasaran PHBS adalah upaya peningkatan PHBS di rumah tangga dengan meningkatkan kemandirian dan pemberdayaan keluarga dalam masalah kesehatan. Adapun tujuan khususnya adalah meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat khususnya dan rumah tangga terhadap program

KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, dan JPKM (Jaring Pengaman Kesehatan Masyarakat). Kegiatan PHBS memiliki sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tertier, dengan sasaran utama adalah mengubah perilaku individu anggota keluarga yang bermasalah.

Berkaitan dengan pelaksanaan kampanye PHBS ini, sebenarnya Departemen Kesehatan Republik Indonesia, termasuk Dinas Kesehatan di tingkat propinsi, kabupaten bahkan puskesmas sudah lama menyadari tentang masih buruknya perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat. Untuk mendorong tumbuhnya perilaku hidup bersih ini, pemerintah melakukan kampanye besar-besaran tentang perilaku hidup bersih dan sehat sampai ke tingkat pedesaan melalui posyandu-posyandu yang ada. Slogan yang dikampanyekan sudah demikian dihapal oleh para kader di tingkat dusun dengan singkatan PHBS yaitu PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT. Dilihat dari sisi kesadaran merek (*brand awareness*) terhadap slogan ini nampaknya tidak diragukan bahwa banyak masyarakat sudah mengenalnya bahkan hapal di luar kepala. Secara pemahaman kognitif masyarakat sudah banyak mengetahui pentingnya hidup bersih dan sehat, misalnya tidak buang air besar di sungai. Namun ternyata pemahaman kognitif ini tidak serta merta mempunyai signifikansi dengan perubahan perilaku ke arah hidup bersih dan sehat. Edward Maibach (1995:41) menjelaskan bahwa terdapat dua faktor yang mempengaruhi perilaku individu tersebut yaitu faktor-faktor personal yang terdiri dari *knowledge, skills, self efficacy, outcome expectations dan personal goals*; sedangkan faktor-faktor lingkungan yaitu *social, institutional dan physical*. Sebenarnya dilihat dari prasyarat terjadinya perubahan perilaku kesehatan yaitu tersedianya infrastruktur yang mendukung perubahan perilaku dan adanya informasi kesehatan, maka dua prasyarat minimum ini sudah terpenuhi. Kenyataannya perubahan perilaku dalam masyarakat belum terjadi. Ada satu aspek yang cukup penting yaitu *enforcement* yaitu pentingnya “hukuman” agar perilaku dapat terjadi. Pertanyaannya adalah apakah faktor tersebut menjadi faktor dominan untuk mendorong perubahan perilaku dalam masyarakat.

Berkaitan dengan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat ini, mendorong banyak lembaga internasional memberikan dukungan kepada pemerintah untuk melakukan kampanye sosial untuk isu higienitas ini, antara lain Unicef, John Hopkins University Center for Communication Program, Care International, International Relief Development dari Amerika dan USAID. Berbagai materi kampanye dengan isu-isu LIMA PERILAKU HIDUP SEHAT didistribusikan dan disosialisasikan kepada masyarakat luas dengan tujuan untuk mengubah perilaku masyarakat agar berperilaku hidup bersih dan sehat. Media-media kampanye tersebut misalnya poster, *leaflet*, spanduk; dan pemberian informasi melalui kader-kader di tingkat desa dan kecamatan. Sedangkan, kelima perilaku yang ingin diubah tersebut antara lain tidak membuang sampah sembarangan, minum air yang sehat, mencuci tangan sebelum makan, masakan masak langsung disantap (tidak dipanaskan berkali-kali) dan tidak buang air besar sembarangan. Kelima perilaku ini dapat menyebabkan terjadinya diare dan anak-anak merupakan kelompok yang rentan terhadap terjadinya diare. Selanjutnya didasarkan pada pelaksanaan kampanye sosial tentang PHBS ini, bagaimana evaluasi terhadap pelaksanaan kampanye sosial ini. Salah satu kunci penting dalam mengubah perilaku adalah adanya strategi kampanye sosial yang tepat baik dari sisi media, pesan, tujuan dan kelompok sasaran. Apakah pesan-pesan yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan khalayak yang ingin dituju dan apakah media-media yang digunakan tepat. Yang terjadi selama ini, dalam proses pelaksanaan kampanye sosial jarang sekali dilakukan evaluasi termasuk *pre-test* untuk menguji apakah sebenarnya pilihan pesan dan media sudah sesuai dengan khalayak sasaran yang dituju.

Untuk itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi pelaksanaan kampanye PHBS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, sekaligus untuk mengetahui problem-problem dalam melakukan kampanye kesehatan tentang PHBS tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka kajian teori yang dapat digunakan menyangkut bagaimana 1) Mengevaluasi Program Komunikasi; 2). Teori-Teori Proses Perubahan Perilaku; dan 3). Teori Perilaku dan Perencanaan Kampanye

### 1. Mengevaluasi Program Komunikasi

Terdapat dua tujuan evaluasi program kampanye komunikasi adalah (1) menemukan apakah implementasi program berjalan sesuai dengan rencana dan (2) menentukan apakah tujuan yang sudah disusun dalam strategi dapat dicapai. Pada level yang lebih kompleks dan level strategi evaluasi hendaknya: 1) menilai ketepatan strategi yang dipilih; 2) menilai wilayah-wilayah penting yang mempunyai dampak tinggi dan rendah dari hasil kampanye komunikasi yang telah dilakukan; 3) mengidentifikasi tidak hanya perubahan perilaku individu atau kelompok namun juga mengukur *outcomes* secara sosial dan statistik. 4) menemukan cara-cara untuk meningkatkan pelaksanaan program dan 5) mengukur keefektifan biaya (Sullivan, 2003:10-11).

Selanjutnya dalam bukunya *Field Guide Designing Health Communication Strategy* Sullivan menjelaskan seharusnya untuk mendesain sebuah strategi komunikasi kesehatan harus didasarkan pada langkah-langkah yang strategis yaitu (Sullivan, 2003:17-117):

1. Melakukan analisis situasi yang terdiri dari pemahaman terhadap masalah, menentukan khalayak, mengidentifikasi sumber-sumber komunikasi yang potensial serta mengevaluasi kelebihan dan kekurangannya.
2. Menentukan segmentasi khalayak. Khalayak di sini berkaitan dengan khalayak primer, sekunder dan tertier serta pihak-pihak yang mempunyai peran untuk mendorong perubahan perilaku
3. Menentukan tujuan perubahan perilaku yang diharapkan, bagaimana kebutuhan khalayak bisa dipertemukan dengan pesan yang ingin disampaikan.
4. Menentukan pesan dan media sesuai dengan khalayak dan tujuan perubahan yang diinginkan.

5. Melakukan Evaluasi. Dalam merencanakan kampanye social untuk isu kesehatan sangat penting untuk menentukan alat-alat evaluasi dan menentukan indikator-indikator keberhasilan sebuah kampanye yang dilakukan.

Ketika melakukan evaluasi sangat penting untuk menentukan indikator-indikator keberhasilan sebuah program, apakah *objectives* dari program yang dijalankan bisa dicapai. Untuk mengukur perubahan perilaku dapat diamati pada perubahan sikap individu maupun perubahan sosial. Indikator perubahan perilaku pada level individual dapat diamati dari (Bertrand & Escudero, 2002:110) yaitu 1) *Percent of audience with a specific attitude*; 2) *Percent of audience who believe that family, local government, friends, community approve or disapprove of a idea, service or product* ; 3) *Percent of non users who intend to adopt a certain practice in the future*; 4) *Percent of audience who are confident that they can adopt a particular behavior*.

## **2. Teori-Teori Proses Perubahan Perilaku**

Perubahan perilaku akan terjadi jika seseorang mendapatkan keuntungan jika dia mengubah perilakunya dari yang selama ini telah dilakukan (perilaku lamanya). Biasanya keuntungan-keuntungan jangka pendek lebih diminati atau disukai dibandingkan dengan keuntungan jangka panjang. Yates (1990) dalam David and Barbara menyatakan bahwa keputusan dibuat dengan harapan bahwa mereka akan mendapatkan hasil yang lebih baik. Selanjutnya dalam artikelnya *A Decision Making Approach to Message Design*, David menjelaskan bahwa studi yang berkaitan dengan *behavior decision making* (BDM) ini lebih banyak menekankan pada proses kognitif dan berhubungan dengan teori motivasi, apa yang melatarbelakangi seseorang mengambil keputusan untuk mengubah perilakunya (1995:24-25), seperti dinyatakan dalam kutipan berikut:

*“BDM is largely concerned with the cognitive processes by which humans perceive, structure, and evaluate alternative courses of action. It goes far beyond the relatively simplistic cost-benefit components included in the health belief mode, the theory of reasoned action and protection motivation*

*theory. The last area considers how people use cognitive shortcuts in their decisions making and how their judgment displays consistent biases.”*

Berkaitan dengan perubahan perilaku ini, teori *the health believe model*, teori alasan-alasan bertindak dan teori *protection motivation* memandang bahwa perubahan perilaku atau adopsi sebagai sebuah tindakan dalam sebuah *continuum*. Namun teori-teori yang berhubungan dengan BDM menganggap sebuah tindakan yang dilakukan bersifat *constant*. Oleh karena itu dikembangkan model-model tingkatan berkaitan dengan perubahan perilaku ini. Perubahan perilaku merupakan sebuah proses. Perubahan perilaku tidak semata-mata perubahan dalam tingkatan atau tataran *behavior* namun perubahan dalam tataran pengetahuan atau pemahaman merupakan sebuah perubahan. Model ini menyatakan bahwa *...”investigators can see the influence of factors at the beginning and through-out the change process, rather than expecting all factors to impact the end product of actual behavior change or adoption.”* (2006:26). Dengan demikian faktor-faktor dan proses-proses perubahan membantu kita memahami tingkatan-tingkatan perubahan perilaku cukup beragam dari tingkatan ke tingkatan. Tingkatan-tingkatan tersebut missal dapat berupa munculnya kesadaran, dan munculnya daya tarik yang merupakan perubahan perilaku; dan tidak selalu langsung dilihat pada hasil akhir yaitu perubahan perilaku yang berupa tindakan (*action*). Berkaitan dengan tahap-tahap dalam perubahan perilaku ini, Sullivan dalam bukunya *Field Guide Designing Health Communication Strategy* menjelaskan perubahan perilaku dari sisi masyarakat. Terdapat enam tahap yaitu (2000:8)

1. Belum tahu : tidak sadar akan adanya masalah atau resiko pribadi bagi mereka
2. Tahu : sadar akan adanya masalah dan mengetahui perilaku yang diinginkan
3. Setuju : setuju dengan perilaku yang diinginkan
4. Berminat : bermaksud secara pribadi melakukan tindakan yang



diinginkan

5. Praktik : melakukan perilaku yang diinginkan
6. Mengadvokasi : mempraktikkan perilaku yang diinginkan sekaligus memberitahukannya kepada orang lain.

Sekali lagi perubahan perilaku adalah sebuah proses. Keyakinan ini dikembangkan dalam berbagai bidang seperti periklanan yang terkenal dengan konsep AIDA yaitu *attention, interest, desire dan action*; dan kemudian diperluas menjadi enam langkah yaitu *attention, interest, comprehension, impact, attitude dan sales* (Palda, 1966 dalam Tilson Phyllis, 1997:20-21). Hal ini sejalan dengan konsep yang dikembangkan oleh Rogers dalam kajian sosiologi pedesaan yang terkenal dengan konsep difusi inovasi yang memperkuat argumen bahwa perubahan perilaku komunikasi adalah sebuah proses. Lima tahapan yang disampaikan oleh Rogers meliputi *knowledge, persuasion, decision, implementation dan confirmation*. Tilson merangkum teori-teori yang berkaitan dengan tahap-tahap perubahan perilaku ini yaitu *knowledge, approval, intention, practice dan advocacy*.

Kahneman (1973) melalui *capacity model of attention* mengindikasikan bahwa ketika seseorang individu mengkonfrontasikan sebuah stimulus dimana permintaan lebih daripada ketersediaan kapasitas perhatian, dan ketika perhatian sangat besar, seseorang akan memilih aktivitas yang tepat berkaitan dengan manfaat yang akan diperolehnya. Jadi, apakah audiens tersebut akan bertindak sesuai dengan yang kita harapkan atau tidak, akan sangat bergantung pada (Simmon:1990:28): 1) *Ways to assess whether a problem exist*; 2) *Personal ability to solve the problem with some operation*; 3) *Situation-appropriate problem solving activities, that is how solve it steps*; dan 4) *Ways to determine if a particular outcome is adequate*

Selain *cognitive problem solving*, perubahan perilaku audiens juga ditentukan oleh sikap. Sikap berkaitan dengan perasaan atau emosi, positif atau negatif yang dibangkitkan oleh informasi atau fenomena.

Selain faktor individual ada faktor-faktor lain yang mendorong atau mempercepat terjadinya perubahan. Menurut Elena faktor-faktor ini bisa dijadikan katalis atau stimulan munculnya dialog agar terjadi sebuah perubahan (2002:6-8) yaitu: 1) Munculnya *opinion leader* dalam masyarakat sendiri; 2) Agen perubahan dari eksternal misalnya NGO; 3) Adanya temuan baru; 4) Kebijakan; 5) Ketersediaan teknologi; dan 6) Munculnya isu di media massa

Selanjutnya berkaitan dengan pengaruh kelompok ini, riset Asch menyelidiki tekanan kelompok dan kecenderungan orang untuk menyesuaikan diri dengan tekanan itu mungkin menjadi independen dari tekanan itu. Riset ini menyimpulkan bahwa sebagian orang akan mempunyai pendapat yang sama dengan kelompok bahkan ketika ada informasi yang bertentangan yang berasal dari pikiran sehat mereka sendiri. Bahkan kelompok yang terbentuk secara kebetulan, dengan orang-orang yang tidak pernah bertemu sebelumnya, mempunyai pengaruh yang kuat. Tampaknya ada kemungkinan bahwa kekuatan kelompok bahkan lebih besar apabila kita merujuk pada kelompok primer seperti keluarga atau kelompok kerja. Karena pengaruh sosial maka kelompok kadang-kadang dapat digunakan sebagai agen atau instrumen perubahan. Penggunaan media massa dalam berkampanye akan menjadi lebih efektif jika dipadukan dengan menggunakan pengaruh kelompok. Ternyata dampak atau perubahan perilaku lebih besar ketika kampanye dilakukan melalui media massa bersamaan dengan kampanye melalui instruksi kelompok (Severin, Tankard, 2005:112 -115)

### **3. Teori Perilaku dan Perencanaan Kampanye**

Teori perilaku membantu kita memahami lebih baik mengenai proses informasi, dimana seseorang merupakan elemen utama dari analisis masalah. Pemahaman berguna bagi seorang perencana terutama merencanakan sebuah kampanye. Ada beberapa teori perilaku yang dikembangkan untuk memahami perilaku orang sehingga perencanaan kampanye bisa berjalan lebih efektif. Pengalaman dalam kampanye menunjukkan bahwa manajer dan

perencana biasanya harus puas dengan dampak maksimum sangat kurang dari 100% jika pengulangan pesan secara ekstensif tidak terjadi.

Hasil penelitian Horn dan Waingrow (1996) menggunakan model perubahan perilaku dalam kategori-kategori dorongan merokok tentang rencana kriteria pengujian untuk menilai resiko kesehatan: apakah ada ancaman terhadap keberadaannya, apakah hal tersebut cukup penting untuk melakukan tindakan, apakah ada sebuah resiko pribadi terlibat dan apakah individu dapat mengerjakan segala hal untuk menghalanginya.

Aktivitas pemecahan masalah relevan untuk mengkomunikasikan kampanye-kampanye yang ditawarkan oleh sejumlah konsep: AIDA (*arousal/attention, interest, desire dan action*). *Action/* tindakan didesain untuk mengingatkan kepada pembuat pesan untuk menginformasikan kepada audiens apakah tindakan yang tepat sebagai hasil dari pengembangan keyakinan pada tahap-tahap sebelumnya (*arousal, interest dan desire*). Kahneman (1973) melalui *capacity model of attention* mengindikasikan bahwa ketika seorang individu mengkonfrontasikan sebuah stimulus di mana permintaan lebih daripada ketersediaan kapasitas perhatian, dan ketika perhatian sangat besar, seseorang akan memilih aktivitas yang tepat berkaitan dengan manfaat yang akan diperolehnya. Jadi apakah audiens tersebut akan bertindak sesuai dengan yang kita harapkan atau tidak akan sangat bergantung pada (Simmon, 1990:28) yaitu: 1) *Ways to assess whether a problem exist*; 2) *Personal ability to solve the nproblem with some operation*; 3) *Situation-appropriate problem solving activities, that is how solve it steps*; 4) *Ways to determine if a particular outcome is adequate*.

Selain *cognitive problem solving*, perubahan perilaku audiens juga ditentukan oleh sikap. Sikap atau *affect* berkaitan dengan perasaan atau emosi, positif atau negatif yang dibangkitkan oleh informasi atau fenomena. Sikap mengkonstruksi pikiran seseorang bahwa proses informasi tidak seluruhnya didasarkan pada rasionalitas.

Faktor penting lain yang mempengaruhi perubahan perilaku dan harus diperhatikan oleh seorang komunikator ketika melakukan kampanye adalah memori. Berkaitan dengan memori ini ada dua hal yaitu *short* dan *long term memory*. Jika komunikator ingin pesannya *relative permanent* di benak audiens maka penting untuk mengkaitkan dengan *long-term memory* yang relevan dengan struktur kognitif individu. *Memory storage* individu dapat berupa semantik atau kata-kata atau bentuk visual. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa pesan visual lebih tertanam di benak audiens dibandingkan dengan kata-kata.

Ketika menerima informasi, tidak semua informasi yang diterima oleh audiens akan diproses. Namun audiens melakukan apa yang disebut dengan seleksi. Fenomena selektivitas ini berkaitan dengan persepsi atau terpaan dan proses perhatian seperti halnya memori. Individu akan menghindari pesan-pesan yang mungkin berlawanan dengan perilakunya dan tidak memuaskan kebutuhannya.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus, yaitu satu kasus dalam berbagai level analisis (*single case multilevel analysis*); dan dengan jenis penelitian deskriptif. Kasusnya adalah kampanye PHBS di Kulonprogo di mana angka diare di Kabupaten Kulonprogo tertinggi dibandingkan dengan kabupaten lainnya di Propinsi DIY. Metode pengumpulan data dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada pelaksana kampanye di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, puskesmas dan kader-kader kesehatan di desa; dokumen yaitu materi-materi kampanye, laporan evaluasi pelaksanaan program; dan observasi di puskesmas dan desa. Untuk validitas data menggunakan triangulasi nara sumber dalam wawancara, dan triangulasi dengan *men-cross check* data primer dan sekunder (wawancara, dokumen dan observasi).

## **HASIL PENELITIAN**

### **1. Pelaksana Kampanye PHBS**

Secara formal, pelaksanaan kampanye PHBS yang dilaksanakan mulai tahun 2001 menjadi tanggungjawab Dinkes melalui bagian/seksi pemberdayaan dengan Kepala Seksi dijabat oleh Ibu Dr. Ani Mursiastuti, M.Kes. Adapun tugas pokok dan fungsi dari seksi pemberdayaan tersebut adalah antara lain melakukan penyuluhan kelompok, yang menyangkut 5 (lima) tatanan yaitu institusi kesehatan, pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan rumah tangga.

Di tingkat masyarakat, pelaksana teknis untuk kampanye PHBS di tingkat desa dilakukan oleh kader-kader kesehatan masyarakat yang beranggotakan masyarakat yang bersifat sukarela dan bertugas untuk melakukan kampanye. Mayoritas anggota kader tersebut adalah wanita, hampir 90% kader. Struktur tersebut langgeng sampai sekarang, di mana para perempuan sebagai ibu rumah tangga banyak dimanfaatkan oleh negara melalui puskesmas untuk melakukan tugas-tugas negara di tingkat desa secara sukarela, tanpa dibayar. Kader-kader kesehatan ini mendapatkan fasilitas berupa berobat gratis di puskesmas dan pembagian seragam gratis setiap tahun atau dua tahun sekali. Mereka adalah masyarakat yang rata-rata berusia produktif dan biasanya mereka akan aktif dalam kegiatan-kegiatan dasawisma, PKK atau Posyandu. Mereka sebagian besar bukan ahli kesehatan dan memiliki pengetahuan yang terbatas pada masalah-masalah kesehatan. Kegiatan yang dilakukan ialah mengadakan pelatihan yang mengarah pada posyandu, untuk mengetahui tentang seluk beluk penyakit diare.

Seperti disebutkan di atas bahwa pelaksana kampanye PHBS ini adalah sub dinas PKM di dinas kesehatan tingkat kabupaten dengan bimbingan manajemen PKM tingkat propinsi. Manajemen di kabupaten/kota, dilaksanakan oleh pengelola PKM kabupaten/kotamadya, yaitu oleh kepala seksi PKM Dinas Kesehatan kabupaten/kota sebagai koordinator dan sebagai penanggung jawab

adalah Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Manajemen PKM di Kecamatan/Puskesmas dilaksanakan oleh petugas puskesmas dan sebagai penanggung jawab adalah Kepala Puskesmas. Manajemen PKM di desa dilaksanakan oleh petugas/kader sebagai penanggung jawab Kepala Desa.

## 2. Pesan-Pesan Pokok PHBS

Berdasarkan pada sasaran dan tujuan program PHBS ini, pesan-pesan PHBS yang dikembangkan dan dikampanyekan di Kabupaten Kulonprogo untuk mempengaruhi perubahan dan perilaku hidup bersih dan sehat terbagi dalam beberapa pesan pokok yaitu :

- a. Pesan-Pesan Pokok untuk Ibu dan Anak:
  - 1) Ibu hamil memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama masa kehamilan, mengunjungi sarana kesehatan dan minum pil tambah darah setiap hari.
  - 2) Ibu yang akan bersalin melakukan persalinan di sarana kesehatan atau kepada tenaga kesehatan.
  - 3) Ibu yang mempunyai bayi agar memberi ASI eksklusif pada bayinya.
  - 4) Ibu membawa bayi dan balitanya setiap bulan ke posyandu atau sarana kesehatan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangannya.
- b. Pesan-Pesan Pokok Pangan dan Gizi
  - 1) Makan makanan yang bervariasi, makanan Indonesia dengan gizi yang seimbang.
  - 2) Menggunakan garam beryodium.
  - 3) Ibu hamil agar menambah makanan yang mengandung zat besi.
  - 4) Mengamankan makanan dari hal-hal yang dapat menimbulkan pencemaran.
- c. Pesan-Pesan Pokok Kesehatan Lingkungan

- 1) Menggunakan jamban (WC) apabila buang air besar, bagi bayi dan orang sakit kotorannya dibuang ke jamban.
  - 2) Menggunakan air bersih (tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna) dan air untuk diminum perlu dimasak terlebih dahulu.
  - 3) Membuang sampah pada tempatnya.
  - 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum makan, menyiapkan makanan dan sesudah buang air besar.
- d. Pesan-Pesan Pokok Gaya Hidup
- 1) Berolahraga secara teratur
  - 2) Menghindari rokok
  - 3) Menghindari minuman keras dan obat berbahaya
  - 4) Menyadari bahaya AIDS, dan ikut berupaya menanggulangi.
- e. Pesan-Pesan Pokok dan Peran Serta dalam Upaya Kesehatan
- 1) Ibu hamil dan anak balita mengikuti imunisasi lengkap
  - 2) Memanfaatkan sarana kesehatan apabila memerlukan pelayanan kesehatan
  - 3) Menjadi peserta Dana Sehat untuk menuju ke JPKM
  - 4) Melakukan kesehatan mandiri, misalnya menyediakan obat-obatan ringan dan tradisional di keluarga.

Pokok-Pokok Pesan PHBS tersebut sebagian besar didiseminasikan dan disosialisasikan melalui materi-materi komunikasi yang berupa *leaflet*, buku panduan dan poster. Hanya saja sebagian besar materi-materi komunikasi tersebut bersifat *top-down* dari nasional atau propinsi sehingga seringkali tidak sesuai dengan konteks masyarakat atau bahkan tidak menjawab akar masalah mengapa program PHBS tidak mengubah perilaku hidup bersih dan sehat dalam masyarakat. Misalnya untuk Kabupaten Kulonprogo, tidak ada materi komunikasi tentang pentingnya penggunaan kelambu, akan tetapi tidak terdapat pada materi komunikasi padahal problem penyakit malaria banyak ditemukan.

Hal lain yang menyebabkan tidak efektifnya diseminasi pesan-pesan pokok PHBS ini adalah tidak tepatnya sasaran distribusi poster atau materi komunikasi yang lain. Poster, *leaflet* banyak menumpuk di kantor atau puskesmas, bahkan materi-materi komunikasi ini tidak banyak yang selanjutnya digunakan sebagai bahan diskusi atau penyuluhan bagi kader-kader kesehatan.

### **3. Langkah-Langkah Program PHBS di Tatanan Rumah Tangga**

Rumah tangga merupakan basis untuk perubahan perilaku hidup bersih dan sehat. Di tingkat rumah tangga program PHBS tersebut disusunlah Pedoman Pembinaan Program PHBS tatanan rumah tangga. Pedoman ini dibuat di tingkat nasional dan selanjutnya digunakan sebagai pedoman bagi seluruh dinas kesehatan di seluruh Indonesia untuk menjalankan program kampanye PHBS ini. Untuk melaksanakannya, maka langkah-langkah pembinaan program PHBS di tatanan rumah tangga diantaranya adalah:

- a. Diseminasi informasi PHBS kepada petugas di puskesmas dan lintas program/lintas sektor serta mitra kerja di tingkat kabupaten/kota dan propinsi.
- b. Mengarahkan dan membimbing pelaksanaan pengkajian.
- c. Membimbing proses penyusunan rencana kegiatan PHBS seperti menentukan tujuan, menyusun langkah-langkah kegiatan, pengembangan media.
- d. Monitoring dan supervisi pelaksanaan PHBS, termasuk membantu proses penilaian PHBS di tatanan rumah keluarga

Adapun strategi yang dikembangkan dalam melakukan kampanye PHBS ini adalah dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan peningkatan hidup bersih dan sehat di rumah tangga sebagai upaya untuk membangun daya masyarakat dengan mendorong, memotivasi, dan membangkitkan kesadaran dan potensi yang dimiliki keluarga serta berupaya untuk mengembangkannya. Secara khusus yang dimaksud dengan strategi peningkatan PHBS adalah penyuluhan kesehatan masyarakat yang diselenggarakan



secara terpadu untuk meningkatkan PHBS masyarakat secara lebih berhasil guna dan berdaya guna. PHBS merupakan penjabaran dari paradigma sehat menuju Yogyakarta sehat tahun 2010. Strategi peningkatan PHBS adalah upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat yang diselenggarakan secara terpadu untuk meningkatkan PHBS. Upaya tersebut dilakukan dengan membuka jalur komunikasi, menyampaikan informasi dan memantapkannya dengan edukasi.

Dalam rangka upaya untuk mencapai upaya peningkatan PHBS dalam tatanan rumah tangga, selain keluarga perilaku yang diharapkan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, peran petugas dan kader kesehatan termasuk kader dasa wisma sangat potensial untuk memberdayakan keluarga menuju keluarga sehat dan sejahtera. Fungsi dan peran kader dan petugas kesehatan merupakan unsur penggerak dan penghubung di tingkat keluarga dalam rangka mencapai hidup bersih dan sehat yang pada akhirnya akan mencerminkan rumah tangga sehat yang klasifikasi PHBS – nya semakin meningkat.

#### **4. Pelaksanaan Kampanye PHBS Berbasis Desa**

Secara terprogram, kampanye PHBS di Kabupaten Kulonprogo ini dilaksanakan sejak tahun 2002 dengan berbasis desa. Pada tahun 2002 ini sudah ada 14 desa (15,9%) dari 88 desa yang menjadi target pembinaan PHBS. Diharapkan dari tahun-ke tahun akan terus meningkat jumlah desa yang menjadi target pembinaan untuk program PHBS ini. Problem terbesar adalah minimnya jumlah petugas kesehatan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan sendiri untuk melakukan penyuluhan ke desa-desa. Alasan klasik yang disampaikan adalah ketiadaan anggaran untuk melakukan penyuluhan ke desa-desa. Harapannya pada tahun 2010 semua rumah tangga di 88 desa di Kabupaten Kulonprogo telah dibina untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam rangka mendukung Visi Indonesia Sehat tahun 2010.

Untuk menjalankan program ini, puskesmas merupakan lembaga yang paling dekat dengan dengan keluarga dan masyarakat di lingkungan desa. Puskesmaslah yang akan melakukan bimbingan dan konseling pada masyarakat tentang PHBS ini. Di setiap puskesmas diharapkan ada klinik PHBS dengan memanfaatkan semua tenaga yang ada dengan tujuan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dalam masyarakat dengan berbasis pada rumah tangga. Problemnya tidak semua puskesmas menganggap penting program PHBS ini, sehingga banyak program kampanye PHBS berhenti.

Selain itu keberhasilan program kampanye PHBS melalui desa ini, membutuhkan partisipasi masyarakat sehingga PHBS menjadi budaya sehari-hari masyarakat sehingga angka diare akan menurun. Untuk membudayakan itu, maka puskesmas dan Dinas Kesehatan membangun institusi-institusi yang berupa UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat) dengan bentuk Posyandu, TOGA dan dokter kecil sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Sekali lagi problemnya pada *mindset* tentang PHBS ini, seringkali tidak dianggap penting sehingga tidak menjadi prioritas. Oleh karena itu, adanya petugas-petugas kesehatan (Puskesmas) yang melakukan penyuluhan ke masyarakat sering tidak dianggap penting sehingga jarang ada pertemuan-pertemuan yang khusus berbicara tentang PHBS ini. Program-program kampanye PHBS ini, di tingkat desa/dusun mengandalkan pada Posyandu. Oleh karena itu pembentukan dan pembinaan Posyandu menjadi penting.

##### **5. Dukungan Institusi Sosial Masyarakat**

Dukungan dari tokoh masyarakat untuk melaksanakan kampanye program PHBS ini antara lain dari pensiunan guru, tokoh agama, pamong yaitu lurah. Adapun bentuk dukungan yang diberikan adalah ikut melaksanakan sesuai program agar masyarakat dapat mencontoh. Bentuk dukungan ini lebih bersifat individual belum pada tatanan menggerakkan masyarakat sebagai

sebuah program yang disepakati di level desa. Hal ini dikarenakan kampanye PHBS ini dianggap tidak penting.

Sementara itu masyarakat sendiri juga tidak pernah atau jarang sekali yang memanfaatkan klinik PHBS. Ketika mereka datang ke puskesmas karena sakit atau periksa kehamilan atau KB; dan sebenarnya program-program kampanye yang dilakukan oleh puskesmas juga kurang intensif karena banyak masyarakat yang tidak mengetahui apakah itu PHBS dan memang jarang ada kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh puskesmas untuk program PHBS ini.

## **PENUTUP**

Program kampanye PHBS yang merupakan salah satu strategi preventif dan sangat penting untuk menurunkan angka diare ini belum menjadi perhatian bagi institusi kesehatan mulai dari kabupaten sampai desa. Hal ini dikarenakan persepsi selama ini yang menganggap bahwa masalah diare tidak dianggap sebagai masalah penting baik dari dalam masyarakat maupun bagi petugas-petugas kesehatan sendiri. Problem yang kedua dalam mengkampanyekan PHBS untuk menurunkan angka diare ini, adalah pada penyusunan pesan. Pesan yang dibuat untuk kampanye ini seringkali juga tidak didasarkan pada analisis siapa target audiens dan perubahan apa yang diinginkan dalam kampanye ini. Untuk kasus di Kabupaten Kulonprogo ini, pesan-pesan dan media kampanye yang digunakan, sebagian besar tidak didesain sendiri namun institusi kesehatan hanya berfungsi mendistribusikan. Proses pendistribusianpun, seringkali tidak berjalan, baik dari sisi ketepatan target sasaran maupun dari sisi media kampanye yang tidak didistribusikan namun hanya menumpuk saja. Untuk keberhasilan kampanye PHBS ini, agar perilaku masyarakat berubah memang sebaiknya terintegrasi antara komunikasi (kampanye); advokasi dan ketersediaan sarana prasarana untuk perubahan perilaku.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Andreasen, Alan. 1995. *Marketing Social Change, Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment*, Jossey Bass.
- Edward, Maibach. 1995. *Designing Health Messages, Approaches From Communication Theory and Public Health Practice*, Sage Publications, International and Professional Publisher Thousand Oaks London.
- Elena, Maria and Lawrence, Kincaid. 2002. *Communication for Social Change : An Integrated Model For Measuring the Process and Its Outcomes*, Rockefeller Foundation.
- Elayne Clif . 2001. *Information, Education and Communication*, WHO, New York.
- Jensen, Klaus B. 1991. *Reception Analysis : Mass Communication as Social Production of Meaning*, dalam Jensen, Klaus B and Jankowski, Nicholas [ed]. *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Commuunication Research*. New York, Routhledge.
- Kotler, Philip & Andreasen. 2003. *Strategic Marketing for Non Profit Organizations*, Prentice Hall,
- Kotler, Philip, 1987. *Marketing For Health Care Organizations*, Printice Hall.
- K Yin, Robert, 2002. *Studi Kasus Desain dan Metode*, Rajawali Press, Jakarta.
- Michel Andrien. 1994. *Social Communication In Nutrition: A Methodology for Intervention*, Development Support Communication Branch Information Division Nutrition Programmes Service Food Policy and Nutrition Division.
- Neuman, Lawrence W. 2000. *Social Reserch Methods. Qualitative and Quantitative Approaches, Fourth Edition*. Needham Heights, A Pearson Education Company

- Sullivan and Yonkler. 2003 *Field Guide Designing Health Communication Strategy*, John Hopkins University, Baltimore
- Severin, Warner and Tankard. 2005. (terj) *Teori Komunikasi*, Prenada Media, Jakarta.
- Simmons, Robert. 1990. *Communication Campaign Management, A System Approach*, Longman, New York.
- Sutopo, HB. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif. Dasar Teori dan Penerapannya dalam Penelitian*. Surakarta, Sebelas Maret University Press
- Tilson, Phyllis and Kincaid, Lawrence. 1987. *Health Communication, Lesson From Family Planning and Reproductive Health*, Praeger, Westport, Connecticut London.

### **Surat Kabar**

*Kompas*, 12 Maret 2007

*Kompas*, 27 Nopember 2006