

Pemberdayaan Masyarakat untuk Pencegahan Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (Studi pada Pedesaan di Yogyakarta)

Community Empowerment to Prevent Risk Factors of Non Communicable Diseases (Case in A Rural Communities of Yogyakarta)

Heni Trisnowati

Prodi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Yogyakarta
(hentris27@gmail.com)

ABSTRAK

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian di dunia. PTM juga mendominasi penyebab kematian di Indonesia terutama di Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan menginisiasi program intervensi masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat untuk mengendalikan faktor risiko PTM di Indonesia, khususnya pada daerah pedesaan di Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui *Focus Group Discussion* dan wawancara mendalam. Informan penelitian adalah tokoh masyarakat dan kader kesehatan sejumlah 23 orang. Analisis data menggunakan metode *tematik content analysis*. Proses promosi keehatan melalui pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan PTM di Dusun Modinan adalah sebagai berikut : 1) membangun kepercayaan masyarakat melalui pertemuan dengan tokoh masyarakat membahas tentang PTM; 2) meningkatkan kesadaran masyarakat melalui pertemuan kader kesehatan dan melakukan FGD; 3) mengembangkan program promosi kesehatan; 4) mengorganisasikan kegiatan promosi kesehatan tentang “Perilaku Cerdik” meliputi : cek kesehatan secara rutin, enyahkan asap rokok, rajin aktivitas fisik, diet seimbang, istirahat cukup dan kelola stres; 5) inisiasi untuk pemeliharaan program. Kesimpulannya promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi untuk mencegah faktor risiko PTM. Adanya keterlibatan tokoh masyarakat, persepsi dan pengetahuan yang positif tentang PTM dari kader kesehatan menentukan keberhasilan program.

Kata kunci : Pemberdayaan masyarakat, faktor risiko, penyakit tidak menular

ABSTRACT

Non-Communicable Diseases (NCDs) are the leading cause of death in the world. NCDs dominated cause of death in Indonesia, mainly in Yogyakarta. This study aim to initiate a community intervention program through community empowerment to control risk factors for NCDs in Indonesia, especially in a rural area of Yogyakarta. This study used qualitative methods where data were collected by focus group discussions and in-depth interviews. There were 23 informants of community leaders and health workers. Tematik content analysis was used to analyse data. The process of community empowerment for the prevention and control of NCDs in Modinan are as follows: 1) building public trust through meetings with community leaders to discuss about NCDs; 2) raising public awareness through health cadre meetings and conducting FGD; 3) developing health promotion programs; 4) organising health promotion activities on “CERDIK Behavior” includes : routine medical chek up, not smoking doing physical activity, a balanced diet, adequate rest and manage stress; 5) initiation to maintenance program. In Summary, Empowerment is one of health promotion strategies to prevent risk factors for NCDs. The involvement of community leaders, positive perception and knowledge about NCDs of health cadres determine the success of the program.

Keywords : Community empowerment, risk factors, non-communicable diseases

PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian di dunia. Hal ini ditunjukkan oleh data WHO (*World Health Organization*) bahwa 63% dari 56 juta kematian disebabkan oleh PTM pada tahun 2008. Sebagian besar (60%) kematian berhubungan dengan penyakit kardiovaskuler, diabetes, kanker dan penyakit pernafasan kronis.^{1,2} Kematian akibat PTM diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia dan peningkatan terbesar akan terjadi di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah. Hal ini didasarkan dari laporan WHO bahwa lebih dari dua pertiga (70%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke dan diabetes.² Pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta kematian pertahun karena PTM naik 9 juta jiwa dari 38 juta pada saat ini.

Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia yaitu 64%. Sebagian besar PTM disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler (30%), selanjutnya kanker (13%), penyakit pernafasan (7%), diabetes (3%) dan yang 10 % disebabkan penyakit PTM lainnya. Selanjutnya, pada tahun 2008 jumlah laki-laki yang meninggal akibat PTM sebesar 582.300 dan perempuan sebesar 481.700.² Berdasarkan data profil kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2012, penyakit *kardiovaskuler* (CVD) seperti jantung, stroke, hipertensi merupakan penyebab kematian tertinggi selama sepuluh tahun terakhir.³ Pada tahun 2009, PTM mendominasi penyebab kematian di Yogyakarta yaitu lebih dari 80% kematian yang ada di rumah sakit. Pola kematian akibat gagal jantung menempati urutan ke empat sebagai pola penyebab kematian di DIY.^{1,3} Gejala ini menunjukkan bahwa penyakit tidak menular menjadi ancaman yang harus diwaspadai terutama dalam melaksanakan upaya promotif dalam melaksanakan hidup sehat agar masyarakat dapat mengurangi faktor risiko PTM.³

Peningkatan kejadian PTM berhubungan dengan peningkatan risiko akibat perubahan gaya hidup, pertumbuhan populasi dan peningkatan usia harapan hidup.² Faktor risiko PTM berhubungan dengan perilaku tidak sehat seperti merokok, kurang aktivitas fisik, diet kurang buah dan sayur sehingga upaya pengendalian dan pencegahan PTM perlu adanya perubahan perilaku.^{4,5} Beber-

pa intervensi masyarakat yang dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat di beberapa negara berpenghasilan menengah dan rendah menunjukkan hasil yang menjanjikan dari segi keberlangsungan atau sustainabilitas.⁴ Strategi promosi kesehatan dengan pemberdayaan masyarakat mengharuskan partisipasi yang tinggi dari sasaran sehingga memberikan dampak yang signifikan pada perubahan perilaku.⁵ Strategi pemberdayaan masyarakat diharapkan ada partisipasi yang tinggi dari masyarakat, dan ini merupakan potensi besar untuk perubahan perilaku. Strategi ini telah diaplikasikan pada program pencegahan primer HIV. Di Indonesia, beberapa instansi telah berpengalaman melaksanakan pemberdayaan masyarakat dalam program imunisasi, posyandu balita, posyandu lansia dan pengendalian diare.⁶ Namun, pemberdayaan masyarakat tersebut sebatas untuk pengendalian penyakit menular. Sementara, penelitian ini mengembangkan promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat untuk mengendalikan faktor risiko PTM di Indonesia, khususnya pada daerah pedesaan di Yogyakarta.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui *Focus Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam.⁷ Studi kualitatif digunakan untuk memahami persepsi masyarakat tentang PTM. Penelitian dilaksanakan di Desa Banyuraden Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman Yogyakarta. Lokasi ini dipilih sebagai *pilot project* karena berdasarkan penelitian sebelumnya menunjukkan kasus PTM tertinggi dan memiliki dukungan masyarakat (*social support*) yang tinggi serta dukungan dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan (puskesmas) yang baik. Penelitian dilakukan pada Bulan Maret – Agustus 2016. Populasi penelitian adalah Masyarakat Desa Banyuraden Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman Yogyakarta. Sasaran atau informan utama program ini adalah tokoh masyarakat, seperti kepala desa, ketua RW, ketua RT, dan kader kesehatan. Jumlah informan penelitian 23 orang yang terdiri dari tokoh masyarakat dan kader kesehatan.

Untuk menjamin *trustworthiness* (kualitas data) penelitian kualitatif menggunakan tiga teknik yang berbeda yaitu melalui keterlibatan langsung di masyarakat, *peer-debriefing* pada in-

forman penelitian dan triangulasi diantara tim peneliti.⁸ Peneliti utama meyakinkan pemimpin masyarakat atau tokoh masyarakat untuk berpartisipasi pada program. Peneliti pertama dan kedua hadir pada pertemuan rutin warga, dan pada kegiatan intervensi masyarakat. Peneliti utama yang sangat memahami proses promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat, membuat matrix data kualitatif untuk dibaca dan dikritisi kemudian diinterpretasikan. Draf analisa data kualitatif didiskusikan oleh ketiga peneliti untuk diinterpretasikan.

HASIL

Dusun Modinan adalah bagian dari Desa Banyuraden, Kecamatan Gamping, Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Menurut informasi dari kader kesehatan melalui FGD, PTM yang banyak diderita warga Modinan adalah diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, stroke, depresi, gagal ginjal, asam urat, kolesterol dan kanker. Selain itu, wilayah ini mempunyai koordinator kader kesehatan yang aktif menggerakkan masyarakat dan mengikuti kegiatan yang diselenggarakan puskesmas. Kader ini merupakan kepanjangan tangan puskesmas karena segala bentuk informasi dari puskesmas akan disampaikan ke warga melalui koordinator kader ini. Untuk melakukan koordinasi dengan para kader kesehatan di Dusun maka setiap bulan diadakan pertemuan kader yang membahas permasalahan kesehatan. Selain itu, koordinator kader kesehatan juga selalu memberikan informasi terkini yang berkaitan dengan masalah kesehatan, misalnya kegiatan laporan kegiatan Posbindu (Pos Pembinaan Terpadu) PTM dan membuat jadwal personal yaitu daftar nama petugas yang akan mewakili atau membantu kegiatan posbindu ditingkat kelurahan dan kecamatan.

Kegiatan masyarakat di wilayah ini cukup aktif seperti kegiatan posyandu balita, posyandu lansia, senam lansia, senam bersama, arisan ibu-ibu, arisan bapak-bapak, pengajian ibu-ibu, pengajian bapak-bapak, dan pengajian remaja. Kegiatan-kegiatan tersebut merupakan faktor pendukung program pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan faktor risiko PTM. Selanjutnya, tokoh masyarakat yang terdiri dari ketua RT, Ketua RW dan para kader kesehatan di wilayah ini sangat mendukung program promosi kesehatan yang

ditawarkan oleh tim peneliti. Keberadaan tokoh masyarakat ini merupakan sumber daya yang sangat dibutuhkan untuk keberlangsungan program promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan faktor risiko PTM.

Dalam penelitian ini terdapat 23 informan ibu-ibu sebagai kader kesehatan yang berusia antara 32-60 tahun. Tingkat pendidikan informan mulai dari Sekolah Dasar sampai Sekolah Menengah Atas. Sebagian besar kader telah mengabdikan dan mendedikasikan waktu, tenaga dan pikiran sebagai kader lebih dari 10 tahun. Sebagian besar ibu kader bekerja sebagai ibu rumah tangga dan sebagian kecil saja yang bekerja di sektor swasta. Para kader telah mengikuti penyuluhan kesehatan dari puskesmas misalnya tentang cara mencegah demam berdarah dengan lebih mengaktifkan juru pemantau jentik.

Aktivitas sebagai kader kesehatan dijalani secara sukarela, tidak ada honor dari masyarakat, tetapi mereka sangat solid dan bersemangat disetiap pertemuan kader. Hal ini dibuktikan dengan kehadiran mereka dipertemuan kader yang diselenggarakan setiap bulan. Hampir tidak ada yang absen kecuali memang ada keperluan yang sangat penting dan tidak dapat ditinggalkan. Pekerjaan sebagai kader terkadang dirasa berat karena *job desk* yang merangkap, misalnya seorang kader kesehatan bisa merangkap sebagai kader posyandu lansia dan posyandu balita kemudian merangkap juga sebagai kader Posbindu PTM. Belum lagi pekerjaan pencatatan yang bersifat administratif juga harus dilaporkan kepada Puskesmas setiap bulan.

Dari kader-kader inilah program pemberdayaan masyarakat untuk pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dapat berjalan secara berkesinambungan, misalnya menginisiasi kegiatan senam lansia, senam ibu-ibu, saling berbagi informasi seputar tip-tip hidup sehat kemudian diantara mereka juga ada yang terlibat langsung pada Posbindu PTM yang dilakukan ditingkat kelurahan.

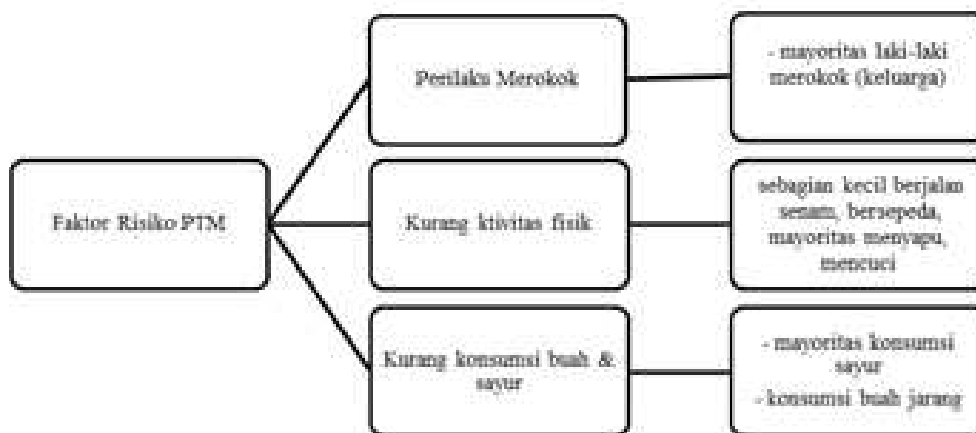
Selanjutnya, dari penelitian diperoleh informasi bahwa semua informan pernah mendengar istilah PTM misalnya dari radio, televisi, petugas kesehatan di puskesmas dan melalui pertemuan kader. Bahkan mereka mampu memberi contoh penyakit yang dikategorikan sebagai PTM seperti jantung koroner, stroke, gagal ginjal, hipertensi,

asam urat, diabetes melitus, kanker, depresi, dan stres. PTM menurut mereka adalah penyakit yang tidak dapat menular, penyakit turunan, sementara penyebab PTM ialah bukan virus, tetapi banyak pikiran, sering menahan emosi dan gaya hidup tidak sehat seperti pola makan, kurang istirahat, hidup tidak teratur, dan kurang olahraga. PTM juga menyebabkan kematian pada penderita. Pengalaman informan yang mengalami kematian akibat PTM di keluarga adalah ibu, nenek, ibu mertua, kakak ipar dan suami (Gambar 1).

Faktor risiko penyakit tidak menular adalah karakteristik, tanda atau kumpulan gejala pada penyakit yang diderita individu atau masyarakat yang secara statistik berhubungan dengan peningkatan kejadian kasus PTM (Gambar 2). Dari faktor risiko inilah yang kemudian dijadikan dasar penentuan tindakan pencegahan dan penanggulangan penyakit PTM. Faktor risiko PTM pada masyarakat di Dusun Modinan adalah sebagian besar keluarga laki-laki seperti suami merokok. Pada umumnya masyarakat merokok di dalam rumah,



Gambar 1. Persepsi, Pengetahuan dan Pengalaman Masyarakat tentang PTM
(Sumber data Primer, 2016)



Gambar 2. Faktor Risiko PTM pada Masyarakat
(Sumber data Primer, 2016)

tetapi setelah penerapan PHBS masyarakat merokok di luar rumah misalnya teras rumah. Menurut informan para perokok melakukan perilaku merokok di teras karena belum ada tempat khusus untuk merokok. Sementara masih ada saja para suami yang merokok di dalam rumah karena mereka sulit untuk diberi pengertian. Memperhatikan kondisi ini ada seorang informan yang memberi masukan agar disediakan tempat khusus merokok dan membuat peringatan tidak merokok di rumah agar para tamu tidak merokok di dalam rumah.

Lebih jauh lagi, yang berkaitan dengan aktivitas fisik, warga pada umumnya melakukannya seperti naik sepeda, berjalan kaki di pagi hari, senam lansia, senam aerobik, mencuci, menyapu, berjalan ke pasar. Kegiatan senam lansia dilakukan setiap Selasa sore sementara senam aerobik dilaksanakan setiap hari minggu. Kemudian, secara umum masyarakat terbiasa makan sayur pada setiap menu makannya namun mereka mengatakan jarang makan buah. Konsumsi buah dilakukan setiap 2 atau 3 minggu sekali. Menurut informan perlu membiasakan makan sayur kepada anak sejak kecil, dan terus mendorong anak untuk makan sayur dan buah misalnya dengan selalu menyediakan sayur dan buah di meja makan.

Informasi yang berhasil digali oleh peneliti terkait dengan tindakan pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah atau mengendalikan PTM pada informan adalah 1) melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti makan teratur, makan buah dan sayur, mengatur pola makan dengan mengurangi lemak dan karbohidrat, mengurangi menu asin, olahraga secara teratur 30 menit perhari dan melakukan aktivitas fisik secara rutin seperti menyapu, mengepel, mencuci tanpa mesin, 2) para informan memandang perlu adanya penyuluhan kesehatan pada masyarakat yang terkait dengan PTM, mengunjungi penderita dan motivasi cara hidup sehat; 3) Melakukan kegiatan atau aktivitas fisik seperti senam lansia setiap hari Selasa, senam aerobik setiap hari minggu, dan melakukan jalan sehat atau jalan pagi bersama warga, tetapi belum rutin dilakukan.

Saat ini penyakit diabetes melitus di Dusun Modinan sangat menjadi perhatian warga karena ada kasus anak usia 2 tahun sudah menderita diabetes melitus. Sebelumnya pernah dilakukan penyuluhan tentang penyakit DM dan cara pencegah-

annya. Selanjutnya untuk mengendalikan penyakit tidak menular bagi masyarakat yang sudah menderita PTM seperti penyakit gula, informan menyarankan untuk mengunjungi puskesmas, kemudian patuh terhadap nasihat dokter yaitu minum obat teratur, tidak boleh makan yang asin-asin dan manis, memperbanyak minum air putih, makan buah dan sayur, mengkonsumsi nasi merah, serta gula rendah kalori. Seperti kuotasi berikut ini:

“... misalnya suruh nasi merah, ya nasi merah biasanya, kalo yang gula itu kan suruh nasi merah, gulanya pake tropikana slim, ...”

(FGD 2)

“...Ke puskesmas ya, tidak boleh makan asin-asin, manis juga, ...”

(FGD 1)

Proses pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian PTM di Dusun Modinan adalah sebagai berikut : **pertama**, membangun kepercayaan masyarakat melalui pertemuan dengan tokoh masyarakat dalam hal ini adalah ibu RW dan ibu RT serta kader kesehatan yang membahas tentang masalah kesehatan khususnya PTM, kemudian melakukan Fokus Grup Diskusi yang bertujuan untuk menggali kegiatan yang sudah dilakukan oleh warga yang berkaitan dengan pencegahan PTM dan merencanakan kegiatan untuk menjamin keberlangsungan kegiatan kedepan secara bersama-sama.

Kedua, meningkatkan kesadaran masyarakat melalui pertemuan kader kesehatan. Dari hasil FGD didapat informasi mengenai persepsi dan pengetahuan masyarakat tentang PTM dan cara pencegahannya. Selanjutnya dari kegiatan tersebut diperoleh rekomendasi untuk dilakukan kegiatan penyuluhan kesehatan pada kelompok masyarakat tentang PTM dan pencegahannya.

Ketiga, pengembangan program promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui koordinasi dengan ibu RW, ibu RT dan kader kesehatan untuk menentukan hari pelaksanaan program dan sumber daya yang dibutuhkan serta rencana pembuatan media promosi kesehatan berupa poster dan leaflet tentang pencegahan PTM.

Keempat pengorganisasian masyarakat :

mengorganisasikan kegiatan bersama masyarakat tentang strategi untuk penanggulangan faktor risiko PTM; dalam hal ini telah dilakukan kegiatan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan PTM melalui perilaku “CERDIK” yang merupakan akronim dari cek kesehatan secara rutin, enyahkan asap rokok, rajin aktivitas fisik, diet seimbang, istirahat cukup dan kelola stres. Kegiatan penyuluhan dilakukan bersamaan dengan kegiatan warga seperti posyandu lansia dan posyandu balita di rumah ibu Dukuh. Kemudian dilakukan pemasangan poster tentang pencegahan PTM di depan rumah Ibu dukuh dan pembagian leaflet kepada lansia dan keluarganya. Poster dan leaflet digunakan sebagai pengingat kepada masyarakat untuk selalu membiasakan perilaku CERDIK dalam kehidupan sehari-hari.

Kelima, adalah inisiasi untuk pemeliharaan program (*initiation of maintenance*) pelaksanaan program pencegahan faktor risiko PTM dengan melibatkan masyarakat sejak awal perencanaan program sampai pelaksanaan program. Peneliti berusaha mendorong masyarakat untuk terus melakukan kegiatan yang sudah ada karena kegiatan tersebut sangat mendukung program pencegahan PTM seperti senam aerobik. Keberlangsungan program pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan PTM di Modinan dapat terjaga dengan adanya pertemuan rutin kader kesehatan yang dilakukan setiap bulan. Dalam pertemuan tersebut koordinator kader kesehatan kesehatan selalu mengingatkan untuk terus mempraktekkan perilaku “CERDIK”.

PEMBAHASAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit kronis dan tidak ditularkan dari orang ke orang. Selanjutnya PTM mempunyai durasi yang panjang dan umumnya berkembang lambat. Empat jenis PTM utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruktif kronis) dan diabetes.⁹ Istilah PTM tidak asing lagi bagi warga Modinan. Mereka mengenal akronim PTM dari media informasi dan petugas kesehatan serta kader kesehatan di wilayah tersebut. Masyarakat di Modinan cukup memahami PTM dan dapat memberikan contoh-contoh PTM, penyebab PTM serta risiko pe-

nyakit ini adalah kematian. Berawal dari data inilah mulai dikembangkan intervensi promosi kesehatan yang melibatkan masyarakat yaitu pemberdayaan masyarakat.¹⁰

Faktor risiko PTM pada masyarakat di Dusun Modinan adalah sebagian besar keluarga laki-laki seperti suami merokok, dan konsumsi buah dan sayur masih kurang. Hal ini sesuai dengan teori penyakit tidak menular yang menyebutkan bahwa faktor risiko utama PTM meliputi konsumsi tembakau (merokok) kurang konsumsi buah dan sayur, obesitas, kurang aktivitas fisik dan konsumsi alkohol. Di Indonesia, konsumsi tembakau pada laki-laki merupakan faktor risiko paling umum (tinggi). Walaupun Indonesia adalah negara pertanian, konsumsi buah dan sayur sebanyak 5 kali dalam sehari masih menjadi tantangan karena pengaruh sosial dan budaya. Obesitas dan kurang aktivitas fisik menjadi faktor risiko kesehatan utama pada populasi tertentu seperti masyarakat perkotaan, wanita usia subur dan pada kelompok masyarakat berpenghasilan menengah ke atas. Namun, saat ini PTM juga terjadi pada kelompok masyarakat pedesaan, masyarakat di bawah garis kemiskinan, kelompok masyarakat berpendidikan rendah dan generasi muda.^{2,11}

Upaya pencegahan PTM yang dilakukan masyarakat Modinan digunakan sebagai dasar pengorganisasian program pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan faktor risiko penyakit tidak menular. Masyarakat Modinan mempunyai kebiasaan melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti makan buah dan sayur, mengatur pola makan dengan mengurangi lemak dan karbohidrat, mengurangi menu asin, olahraga secara teratur 30 menit perhari dan melakukan aktivitas fisik secara rutin seperti menyapu, mengepel, mencuci tanpa mesin. Kemudian mereka mempunyai kebutuhan penyuluhan kesehatan yang terkait dengan pencegahan PTM. Selain itu, mereka juga mempunyai kegiatan rutin berupa aktivitas fisik seperti senam lansia, senam aerobik setiap dan melakukan jalan sehat. Kegiatan-kegiatan ini dapat berjalan karena peran penting dari kader kesehatan dan di wilayah tersebut. Kondisi ini menjelaskan bahwa masyarakat modinan memiliki dukungan sosial yang merupakan indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat.^{10,12} Lebih jauh dalam Ottawa Charter 1986 disebutkan bahwa partisipasi

masyarakat merupakan kunci keberhasilan promosi kesehatan,¹³ dan saat ini terdapat kesepakatan umum bahwa untuk menjaga kesehatan individu bukan hanya tergantung pada individu tetapi perilaku dan kondisi lingkungan sosial memiliki peran penting dalam hal itu.⁵

Promosi kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan PTM berlangsung secara bertahap dan berkesinambungan. Faktor yang mendukung kesuksesan program ini antara lain masyarakat memiliki persepsi yang positif tentang PTM dan mereka memahami bahwa pencetus PTM adalah gaya hidup tidak sehat. Kemudian pengalaman yang menunjukkan bahwa PTM menyebabkan kematian pada beberapa keluarga membuat mereka waspada akan munculnya PTM pada diri mereka dan keluarga. Hal inilah yang mendorong mereka untuk melakukan upaya pencegahan PTM. Program pencegahan PTM juga tidak lepas dari peran penting tokoh masyarakat dan kader kesehatan, karena mereka adalah penggerak masyarakat dalam setiap kegiatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan strategi promosi kesehatan yang dilakukan dengan cara mengembangkan dan mengoptimalkan potensi yang ada di masyarakat dengan melibatkan mereka sejak awal program.^{14,6} Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan).¹⁶⁻¹⁸

Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya: koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga.¹⁶ Sosialisasi perilaku “ CERDIK ” merupakan bagian dari kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk memicu masyarakat agar selalu melakukan perilaku sehat. Kegiatan ini dilakukan melalui penyuluhan dan penggunaan media promosi kesehatan berupa poster dan leaflet. Kemudian, untuk memastikan keberlangsungan program diadakan kegiatan pertemuan kader kesehatan yang dilakukan sebulan sekali. Pada kegiatan ini koordinator kader kesehatan melakukan evaluasi tentang program kesehatan yang berjalan dan mendiskusikan

masalah yang muncul di masyarakat terkait pelaksanaan program kesehatan serta mencari solusi bersama dengan para kader kesehatan dan tokoh masyarakat (ibu dukuh) agar program dapat berjalan lebih baik. Sementara teori Bust menggabungkan indeks kemampuan masyarakat yang terdiri 4 domain yaitu jaringan kemitraan, transfer pengetahuan, penyelesaian masalah, dan pengembangan infrastruktur sebagai indikator pelaksanaan pemberdayaan masyarakat.¹²

Pendekatan pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan faktor risiko PTM di Dusun Modinan terbukti menjadi strategi yang baik untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat lokal, hal ini sesuai dengan teori Laverack¹⁹ yang menyebutkan bahwa komponen pemberdayaan masyarakat antara lain adanya partisipasi, kepemimpinan, penilaian masalah oleh masyarakat, pengorganisasian struktur, hubungan dengan masyarakat, dan manajemen program.¹⁰ Selanjutnya, hasil penelitian ini juga sejalan dengan pendapat Smith *et al.*, yang menjelaskan sebagian besar pemberdayaan masyarakat terdiri dari partisipasi, pengetahuan, ketrampilan, sumber daya, berbagi visi, rasa kebersamaan dan komunikasi.^{12,13} Namun, ada teori lain yang mengidentifikasi pemberdayaan masyarakat lebih umum yaitu membangun infrastruktur untuk menyampaikan program promosi kesehatan, membangun *partnership* dan menciptakan lingkungan yang dapat menjamin keberlangsungan program dan tujuan kesehatan serta membangun kemampuan penyelesaian masalah.¹¹ Perbedaan ini disebabkan kondisi masyarakat di lokasi penelitian telah memiliki modal sosial dan kesadaran yang cukup baik tentang program pencegahan PTM sehingga program promosi kesehatan yang ditawarkan dapat berjalan dengan mudah tanpa harus membangun infrastruktur dari awal.^{10,18,22}

KESIMPULAN DAN SARAN

Masyarakat Modinan sudah cukup memahami tentang PTM. Faktor risiko PTM pada masyarakat Modinan yang paling tinggi adalah sebagian besar suami atau laki-laki masih merokok di dalam rumah. Cara Mencegah Penyakit Tidak Menular pada Masyarakat Modinan antara lain : melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), penyuluhan kesehatan pada masyarakat

yang terkait dengan PTM, dan melakukan kegiatan atau aktivitas fisik bersama.

Proses pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan faktor risiko PTM berlangsung secara bertahap dengan melibatkan tokoh masyarakat dan kader kesehatan. Faktor pendukung seperti persepsi dan pengetahuan yang positif tentang PTM, keterlibatan serta kekompakan para kader membuat program ini dapat berjalan secara berkesinambungan. Lebih jauh lagi, pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi promosi kesehatan yang sangat potensial untuk pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM di daerah pedesaan. Sebagai saran kegiatan ini dapat direplikasi di lokasi lain, tetapi tetap memperhatikan karakteristik masyarakat setempat agar program dapat berjalan seperti yang diharapkan dan pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Direktur Riset dan Pengabdian kepada Masyarakat, Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi dengan dukungan dana penelitian #015/HB-LIT/III/1016#. Bagian Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (P3M) Universitas Respati Yogyakarta dan Tim Peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Ringkasan Eksekutif Data & Informasi Daerah Istimewa Yogyakarta. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
2. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
3. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta; 2013.
4. McCloskey DJ, McDonald MA, Cook J, Roberts SH, Updegrave S, Sampson D, et al. Evaluation of Community-Based Interventions for Non-communicable Diseases: Experiences from India and Indonesia. - PubMed - NCBI. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071458>.
5. Dewi FST. Working with Community: Exploring Community Empowerment to Support Non-communicable Disease Prevention in a Middle-income Country.[Disertasi] [Umeå]: Umeå University; 2013.
6. Dewi FST, Stenlund H, Marlinawati VU, Öhman A, Weinehall L. A Community Intervention for Behaviour Modification: An Experience to Control Cardiovascular Diseases in Yogyakarta, Indonesia. BMC Public Health. 2013;13(1):1043.
7. Creswell J. Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Second Edition. Sage Publication, International Educational and Professional Publisher; 2003.
8. Hudelson P. Qualitative Research For Health Programmes. Division of Mental Health, World Health Organization; 1994.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
10. McCloskey DJ, McDonald MA, Cook J. Community Engagement: Definitions and Organizing Concepts from The Literature; 2013.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Data dan Informasi Kesehatan : Penyakit Tidak Menular. 2012;48.
12. Kasmel A, Andersen PT. Measurement of Community Empowerment in Three Community Programs in Rapla (Estonia). Int J Environ Res Public Health. 2011 Mar 11;8(12):799-817.
13. WHO. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Geneva : World Health Organization. 2009
14. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluating Health Promotion A Health Worker's Guide. Australia: MacLennan & Petty Pty Limited; 1998. 254 p.
15. Bartholomew LK, editor. Planning Health Promotion Programs: an Intervention Mapping Approach. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. 767 p.
16. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Pertama. Jakarta: Rineka Cipta; 2005. 389 p.
17. Sagrim M, Noor NN, Thaha RM, Maidin A. Kearifan Lokal Komunitas Adat Terpencil Suku Taburta Dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Berbasis Rumah Tangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2015(12);

- 218–227.
18. Gregson R, Court L. *Building Healthy Communities : A Community Empowerment Approach*. First. London: Community Development Foundation; 2010. 94 p.
 19. Laverack G. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: a Review of the Literature. *J Health Popul Nutr*. 2006;113–120.
 20. Dans A, Ng N, Varghese C, Tai ES, Firestone R, Bonita R. The Rise of Chronic Non-Communicable Diseases in Southeast Asia: Time for Action. *The Lancet*. 2011;377(9766):680–689.
 21. Aira T, Wang W, Riedel M, Witte SS. Reducing Risk Behaviors Linked to Noncommunicable Diseases in Mongolia: A Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health*. 2013;103(9):1666–1674.
 22. International Union For Health Promotion and Education. *Community Health Promotion : Creating The Necessary Conditions for Health Through Community Empowerment and Participation*. *Int Union Health Promot Educ*. 2007;14 No 2:80.