

# Bahan Ajar Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat

BAGIAN PROMOSI KESEHATAN, PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KEDOKTERAN, UNIVERSITAS UDAYANA

2015

# **Bahan Ajar Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat**

Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

**Desak Putu Yuli Kurniati**

Bagian Promosi Kesehatan  
Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Udayana  
2015

Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat" diberikan oleh Bagian Promosi Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana kepada mahasiswa kesehatan masyarakat. Topik ini menjadi mata ajaran wajib bagi program studi jenjang S1 peminatan Promosi Kesehatan dan mata ajaran pilihan bagi peminatan lain pada program studi S1 Kesehatan Masyarakat.

## Pendahuluan

Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat dilihat sebagai salah satu “tehnologi” dalam kegiatan Pendidikan Kesehatan sehingga terjadi perubahan perilaku sasaran (dalam bentuk kemampuan untuk mandiri atau *self-help*) yang sifatnya berkelanjutan untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik.

Minat pokok dalam Promosi Kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat adalah masalah perubahan perilaku kesehatan. Minat pokok ini yang menjadi ciri khas Promkes yang membedakannya dari "disiplin keilmuan" lain dibidang kesehatan masyarakat. Dengan titik tolak pada minat pokoknya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan proses perubahan perilaku, dengan menggunakan kerangka yang dikembangkan oleh Lawrence Green, Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat merupakan tehnologi yang digunakan untuk melakukan intervensi pada faktor pendukung (*enabling factors*) sebagai salah satu prasyarat untuk terjadinya proses perubahan perilaku. Teknologi dalam Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat diperuntukkan dalam pengorganisasian dan pengembangan sumber daya yang ada pada masyarakat sehingga mampu mandiri untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Tujuan umum dari mata ajaran ini adalahdiperolehnya pemahaman tentang pentingnya peran serta masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan diperolehnya kemampuan untuk mengorganisasi dan mengembangkan masyarakat untuk menumbuhkan upaya kesehatan masyarakat yang mandiri dan berkelanjutan.

# 1

## PERAN PENGORGANISASIAN DAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan mempromosikan kesehatan fisik dan mental melalui upaya masyarakat yang terorganisir (Winslow, 1926).

*"...the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and mental health and efficiency through organized community efforts toward a sanitary environment; the control of community infections; the education of the individual in principles of personal hygiene; the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and treatment of disease; and the development of the social machinery to ensure to every individual in the community..."*

Upaya kesmas dilaksanakan melalui upaya masyarakat yang terorganisir. Penanggulangan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak bisa dilakukan melalui upaya perorangan, tetapi harus melalui upaya bersama dan dilaksanakan secara berkelanjutan (jangka panjang). Upaya jangka panjang tidak bisa hanya mengandalkan tenaga kesehatan tetapi harus dilandasi keterlibatan aktif masyarakat melalui serangkaian upaya yang bersifat edukatif untuk membentuk perilaku sehat,

Semua masalah kesehatan berkait dengan aspek perilaku, kecuali yang diakibatkan oleh kelainan genetik. Jadi upaya mengatasi masalah kesehatan harus dilandasi upaya merubah perilaku dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Upaya

perubahan perilaku tidak bisa dilaksanakan dalam jangka pendek tapi harus jangka panjang dan berkelanjutan. Upaya perubahan perilaku bisa dilakukan melalui upaya yang bersifat edukatif, dimana perubahan bersifat permanen, namun memerlukan waktu yang agak lama. Perlu tenaga pendidik dan kemampuan sebagai pendidik akan bermanfaat untuk program lain melalui upaya edukatif dimunculkan motivasi dan keinginan untuk membuat perubahan sehingga mendorong upaya yang bersifat mandiri (mengajar memancing dan bukan memberi ikan).

Perubahan perilaku juga dapat dilakukan melalui upaya yang bersifat paksaan/ancaman, dimana perubahannya bersifat semu, namun memiliki waktu lebih singkat. Metode ini perlu tenaga pengawas ("mandor") dan kemampuan ini tidak diperlukan lagi dalam masyarakat yang semakin berkembang. Upaya paksaan mensyaratkan bahwa segala sesuatunya harus disediakan (secara gratis) oleh pihak pemaksa (pemerintah) serta menimbulkan ketergantungan masyarakat pada petugas.

## **Definisi Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat**

Penggunaan istilah Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat diambil dari konsep Pengorganisasian Masyarakat (*Community Organization*) dan Pengembangan Masyarakat (*Community Development*). Istilah *Community Organization* terutama lebih banyak muncul dalam kepustakaan yang berasal dari atau berkiblat pada Amerika Serikat sedangkan *Community Development*" lebih banyak ditemukan dalam kepustakaan yang berasal atau berkiblat dari Inggris. Meskipun "nama"nya berbeda, tetapi isi dan konsepnya adalah sama. Keduanya berorientasi pada proses menuju tercapainya kemandirian melalui keterlibatan atau peran serta aktif dari keseluruhan anggota masyarakat.

## Kedudukan Kelompok Sasaran sebagai Subyek dan Obyek

Dalam pokok bahasan ini dibicarakan tentang kedudukan masyarakat sebagai subyek sekaligus obyek kegiatan pembangunan (kesehatan). Ini dikaitkan dengan pandangan tentang hakekat manusia yang bersifat psiko-analitik, humanistik dan behavioristik. Dalam kaitan ini juga dibahas perkembangan pendekatan dalam program kesehatan masyarakat dimana terjadi pergeseran dari pendekatan yang bersifat *doing things to and for people* menjadi *doing things with people*.

Dalam menempatkan kelompok sasaran sebagai subyek kegiatan, dibahas juga tentang konsep "piring terbang", dimana upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat terutama dilihat sebagai upaya peningkatan dinamika mereka sendiri yang terwujudkan dalam efek "tinggal landas" (*upward spirall movement*). Intervensi luar dalam konsep ini harus menyesuaikan diri dengan kecepatan perputaran "piringan" dinamika masyarakat yang ada agar tidak timbul kegoncangan masyarakat.

## Pengalaman belajar

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, tujuan yang ingin dicapai dalam Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat adalah diperolehnya kemandirian masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini maka kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam upaya PPM harus diarahkan pada diperolehnya pengalaman belajar dari kelompok sasaran. Akumulasi dari pengalaman belajar yang diperoleh secara bertahap ini kemudian akan menghasilkan kemampuan menolong diri sendiri dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Dalam bahasan ini dibicarakan tentang tiga situasi belajar dalam masyarakat, yaitu *required outcome situation*, *recommended outcome situation* dan *self-directed outcome situation*.

## Keterlibatan dan partisipasi/peran serta

Dalam upaya untuk secara optimal memaparkan kelompok sasaran pada berbagai pengalaman belajar, maka keterlibatan kelompok sasaran merupakan suatu prasyarat penting (atau bahkan mutlak). Hal ini dikaitkan dengan Hukum Partisipasi seperti yang dikemukakan oleh Haggard, bahwa pengalaman belajar yang diperoleh kelompok sasaran akan meningkat dan lebih menetap jika kelompok sasaran dilibatkan dalam proses belajar.

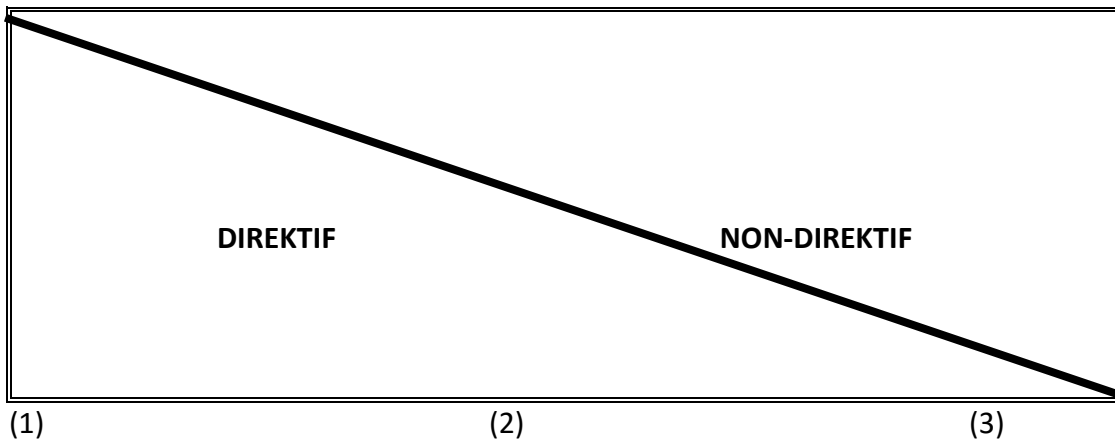
Pembahasan mengenai partisipasi dilakukan dengan merujuk pada berbagai pengertian tentang partisipasi. Berbagai pengertian partisipasi ini dapat dikelompokkan dalam dua kelompok, yaitu pengertian partisipasi sebagai hak dan pengertian partisipasi sebagai kewajiban. Jika sebelumnya partisipasi dikaitkan dengan proses belajar, maka konsep dasar partisipasi sebetulnya juga erat kaitannya dengan kesediaan untuk berbagi kekuasaan (*sharing of power*). Dalam tinjauan ini maka dicoba dibahas tentang permasalahan yang muncul sehubungan dengan upaya melibatkan kelompok sasaran dalam upaya kesehatan dari segi *sharing of power*.

## Pendekatan direktif dan non-direktif

Dalam aplikasinya di masyarakat, upaya untuk melibatkan kelompok sasaran dihadapkan pada kenyataan bahwa situasi dan kondisi masyarakat yang berbeda-beda. Sikon yang berbeda-beda ini dapat dilihat sebagai suatu kendala dalam melibatkan sasaran secara aktif atau sebagai suatu kondisi yang memang harus dirubah. Disini dibahas tentang penerapan dari pendekatan direktif dan non-direktif (*directive and non-directive approach*) seperti yang diuraikan oleh T.R. Batten.

Secara realistis-pragmatis, maka sikap masyarakat yang berbeda-beda dalam upaya melibatkan masyarakat secara aktif, memang memerlukan pendekatan yang berbeda-beda pula. Masyarakat yang lebih siap dapat dibina dengan pendekatan yang non-direktif sedangkan masyarakat yang belum siap dapat mulai dibina dengan pendekatan yang direktif. Meskipun demikian, aplikasi hal ini harus dengan disertai suatu kesadaran bahwa tujuan akhir adalah diperolehnya kemandirian dan oleh karena itu secara bertahap -sesuai dengan kesiapan masyarakat- perlu ditingkatkan pendekatan yang non-direktif.

Secara sederhana, penerapan hal ini dapat digambarkan secara skematis sebagai berikut :



Pada masyarakat yang masih belum siap (1), maka pendekatan direktif dapat dipertimbangkan. Untuk diterapkan sebagai awal tetapi kemudian secara bertahap dikurangi dan diikuti dengan peningkatan pendekatan yang sifatnya non-direktif (2) dan (3).



## Pentahapan Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat

Berdasarkan berbagai rujukan mengenai konsep PPM maka dibahas tentang tahapan yang perlu dilakukan dalam mengorganisasi dan mengembangkan masyarakat. Pentahapan dalam PPM dilandasi pada pemikiran bahwa proses belajar berlangsung secara bertahap yang disesuaikan dengan sikon kelompok sasaran. Pentahapan ini sekaligus menggambarkan proses pendelegasian wewenang dari petugas kepada kelompok sasaran. Dalam proses pendelegasian wewenang ini maka secara bertahap kelompok sasaran disiapkan agar mampu mandiri. Pentahapan juga bisa dilihat dari segi keterlibatan kelompok sasaran dalam daur pemecahan masalah. Keterlibatan yang semula lebih banyak pada kegiatan yang bersifat pelaksanaan, secara bertahap ditingkatkan untuk terlibat pada kegiatan yang lebih canggih seperti misalnya pemantauan kegiatan, perencanaan dan penilaian.

Secara skematis maka hal ini digambarkan sbb :

Tahap	Peran Petugas	Peran Masyarakat
(1). Persiapan Petugas	+++++	
a. Dinamisasi kelompok	+++++	
b. Pendekatan pada pejabat/sektoral	+++++	
c. Penyiapan lapangan	+++++	
(2). Persiapan Sosial		
a. Pengenalan masyarakat	++++	+
b. Pengenalan masalah	+++	++
c. Penyadaran	+++	++
(3). Penyusunan Rencana	++	+++
(4). Pelaksanaan	++	+++
(5). Pemantauan dan penilaian	++	+++
(6). Perluasan	+	++++

Dikaitkan dengan konsep Pendekatan Edukatif, maka pentahapan PPM diatas sejalan dengan konsep yang dituangkan dalam Pendekatan Edukatif.

## **Konsep Gotong Royong**

Prinsip keterlibatan masyarakat dalam upaya kesehatan sebetulnya mempunyai akar dalam tradisi gotong royong. Pembahasan masalah gotong royong ini terutama merujuk pada tulisan dari Koentjaraningrat yang membahas konsep gotong royong dikaitkan dengan kegiatan pembangunan. Bahasan ini memperlihatkan bahwa konsep gotong royong erat kaitannya dengan konsep kelompok primer dan sekunder. Gotong royong lebih sesuai dikembangkan dalam kelompok primer yang mempunyai kesempatan untuk berkomunikasi secara lebih intensif dibandingkan dengan kelompok sekunder. Hal ini dikaitkan dengan masalah penerapan gotong royong di pedesaan dan perkotaan. Posisi yang diambil dalam bahasan ini adalah dikaitkan dengan sifat kelompok seperti disebutkan di atas, bahwa penerapan gotong royong lebih dikaitkan dengan sifat kelompok. Oleh karena itu di perkotaan pun bisa diterapkan gotong royong dengan bentuk yang berbeda dengan penerapannya di pedesaan.

## **Penerapan dalam Bidang Kesehatan**

Dalam bidang kesehatan maka pembahasan mengenai penerapan PPM dikaitkan dengan pelaksanaan program PKMD/Posyandu termasuk hal-hal yang berkaitan dengan pembinaan kader kesehatan (oleh karena itu pula lah mata ajaran ini disebut juga sebagai mata ajaran PKMD). Juga dalam kaitan dengan penerapan PPM dalam program kesehatan ini dibahas kebijakan mengenai keterpaduan KB - Kesehatan dan pola pembinaan peran serta masyarakat dari Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat.

## Bahasan dari Konsep Difusi Inovasi

Keterlibatan masyarakat melalui kader-kader kesehatan dalam upaya kesehatan dapat dipersepsi oleh masyarakat sebagai hal baru. Hal ini dikaitkan dengan pola pemikiran yang "tradisional" bahwa pelayanan kesehatan (dalam arti yang modern) merupakan "hak prerogatif" profesi kesehatan. Dari pemikiran ini dapat dimengerti jika konsep keterlibatan kader kesehatan dalam upaya kesehatan bisa dianggap sebagai sesuatu yang baru.

Dengan titik tolak ini, maka penyebaran ide PKMD atau Posyandu bisa dianalisis dengan menggunakan kerangka teori difusi inovasi dari Everett Rogers. Dibahas disini misalnya faktor- faktor yang mempengaruhi kecepatan difusi, proses adopsi, kader sebagai tenaga quasi-professional dan strategi komunikasi yang disesuaikan dengan pentahapan proses adopsi.

## Lembaga Swadaya Masyarakat (*Non-governmental Organization/NGO*)

Dalam pelaksanaan kegiatan pembangunan, maka selain aparat pemerintah (*governmental organization*) juga terlibat berbagai organisasi non-pemerintah (*non-governmental organization*). Organisasi non-pemerintah ini merupakan wadah dari sekumpulan orang yang ingin ikut berkontribusi dalam upaya pembangunan. Dalam beberapa kegiatan bahkan organisasi non-pemerintah inilah yang menjadi pionir, seperti misalnya PKBI dalam kegiatan keluarga berencana.

Dalam kontribusinya pada kegiatan pembangunan, organisasi non-pemerintah mempunyai keunikan misalnya dalam kemampuannya untuk lebih menerapkan pendekatan yang partisipatif. Hal ini disebabkan antara lain karena sifat organisasi

non-pemerintah yang tidak terlalu birokratis, sehingga mempunyai kemampuan untuk membuat penyesuaian dengan situasi dan kondisi. Dalam pembahasan mengenai organisasi non-pemerintah ini akan dibahas mengenai ruang lingkup dan peran organisasi non-pemerintah, potensinya dan kegiatan-kegiatannya.

ooo000ooo

## 2

### HAKEKAT MANUSIA

Apakah manusia itu? Apakah beda antara manusia dan binatang? Hal-hal apakah yang secara hakiki menggerakkan manusia sehingga memiliki keberadaan sebagaimana adanya itu? Pertanyaan-pertanyaan ini perlu dijawab dalam rangka mengetahui hakekat manusia sebagai subyek dan obyek pendidikan. Beberapa pandangan tentang hakekat manusia disebutkan secara ringkas dibawah ini.

#### Pandangan Psikoanalitik

Kaum psikoanalisis tradisional bagi Hansen dan Warner, 1977, menganggap bahwa manusia pada dasarnya digerakkan oleh dorongan-dorongan dari dalam dirinya yang bersifat instinktif. Tingkah laku individu ditentukan dan dikontrol oleh kekuatan psikologis yang sejak semula memang sudah ada pada diri individu itu. Dalam hal ini individu tidak memegang kendali atas "nasibnya" sendiri, tetapi tingkah lakunya itu semata-mata diarahkan untuk memuaskan kebutuhan dan instink biologisnya. Freud mengemukakan bahwa struktur kepribadian individu terdiri dari tiga komponen yang disebut : id, ego dan super ego. Id meliputi berbagai instink manusia yang mendasari perkembangan individu. Dua instink yang paling penting ialah instink seksual dan instink agresi. Instink-instink ini menggerakkan individu untuk hidup didalam dunianya dengan prinsip pemuasan diri. Demikian fungsi id, yaitu mendorong individu untuk memuaskan kebutuhan dirinya setiap saat sepanjang hidup individu.

Id yang tak kunjung padam menggerakkan individu itu ternyata tidak dapat leluasa menjalankan fungsinya, sebab ia harus menghadapi lingkungan. Lingkungan ini tidak

dapat diterobos begitu saja sehingga individu mempertimbangkan apa yang berada diluar dirinya itu apabila dia ingin berhasil dalam penyaluran instink-instinknya itu. Dalam hal ini tumbuhlah apa yang disebut ego, yaitu fungsi kepribadian yang menjembatani id dan dunia luar individu. Ego ini berfungsi atas dasar prinsip realitas, mengatur gerak-gerik id agar dalam memuaskan instinknya selalu memperhatikan lingkungan. Dengan demikian perwujudan fungsi id itu menjadi tidak tanpa arah.

Dalam perkembangannya lebih lanjut, tingkah laku individu tidak hanya dijalankan oleh fungsi id dan ego saja, melainkan juga oleh fungsi yang ketiga, yaitu super ego. Super ego tumbuh berkat interaksi antara individu dengan lingkungannya, khususnya lingkungan yang bersifat aturan (yang meliputi perintah dan larangan, ganjaran dan hukuman), nilai, moral, adat, dan tradisi.

Dalam individu bertingkah laku, id sebagai penggerak, ego sebagai pengatur dan pengarah, dan super ego sebagai pengawas atau pengontrol. Dalam hal ini fungsi super ego ialah mengawasi agar tingkahlaku individu sesuai dengan aturan, nilai, moral, adat dan tradisi yang telah meresap pada diri individu itu. Super ego merupakan fungsi kontrol dari dalam individu itu.

Demikianlah dinamika kepribadian individu berpusat pada interaksi antara id, ego dan super ego. Dalam interaksi ini ego menduduki peranan perantara, yaitu antara id dengan lingkungan, dan antara id dengan super ego. Peranan ego dalam menjembatani id dan lingkungan telah disinggung di atas. Sedangkan peranan ego dalam menjembatani id dan super ego dapat dilihat dalam kaitannya dengan kecenderungan individu untuk berada dua ekstrim : individu yang didominasi oleh id-nya sehingga tingkah lakunya menjadi impulsif dan individu yang didominasi oleh super egonya sehingga tingkah lakunya menjadi terlalu moralistik. Peranan ego ialah

menjaga agar individu tidak terjerumus pada salah satu ekstrim itu, tetapi selalu berada diantara keduanya.

Pandangan psikoanalitik yang ditokohi oleh Freud itu tumbuh sejak lebih 80 tahun yang lalu. Dari pandangan yang tradisional seperti digambarkan diatas berkembanglah paham yang disebut paham neo-analitik. Paham ini berpendapat bahwa manusia hendaknya tidak secara mudah saja dianggap sebagai binatang yang digerakkan oleh tenaga dalam (*innate energy*) yang ada pada dirinya; tingkah laku manusia itu banyak yang terlepas dari atau dapat disangkutkan pada dorongan dari dalam itu. Manusia mewujudkan dialam dunia dengan kemampuan untuk menanggapi (me-respons) berbagai jenis perangsang, dan perwujudan diri ini hanya sebagian saja yang dapat dianggap sebagai hasil "tenaga dalam" itu. Pada masa bayi yang paling awal, manusia memang menanggapi dunia dengan instink-instinknya untuk memenuhi kebutuhannya, misalnya lapar. Namun tingkah laku instinktif ini segera berkurang sejak manusia yang masih sangat muda itu mulai mengembangkan pola bertingkah laku yang didasarkan pada rangsangan dari lingkungannya. Setelah dewasa, tingkah laku individu sebagian terbesar berkaitan dengan hal-hal yang datang dari lingkungannya dan sangat sedikit yang berkaitan dengan instink.

Kaum neo-analis pada dasarnya masih mengakui adanya id, ego dan super ego namun menekankan pentingnya ego sebagai pusat kepribadian individu. Ego tidak dipandang hanya sebagai fungsi pengarah perwujudan id saja, melainkan sebagai fungsi pokok yang bersifat rasional dan bertanggung jawab atas tingkah laku intelektual dan soaial individu.

## Pandangan Humanistik

Pandangan humanistik tentang manusia menolak pandangan Freud bahwa manusia pada dasarnya tidak rasional, tidak tersosialisasikan, dan tidak memiliki kontrol terhadap "nasib" dirinya sendiri. Sebaliknya Rogers yang menokohi pandangan humanistik, berpendapat bahwa manusia itu memiliki dorongan untuk mengarahkan dirinya ke tujuan yang positif, manusia itu rasional, tersosialisasikan dan untuk berbagai hal dapat menentukan "nasibnya" sendiri. Ini berarti bahwa manusia memiliki kemampuan untuk mengarahkan, mengatur dan mengontrol diri sendiri. Jika individu itu akan mengarahkan dirinya untuk menjadi pribadi yang lebih maju dan positif; dengan demikian individu itu akan terbebas dari kecemasan (*anxiety*) dan menjadi anggota masyarakat yang dapat bertingkah laku secara memuaskan.

Selanjutnya Rogers (1961) mengemukakan gambaran pribadi manusia sebagai aliran atau arus yang terus mengalir tanpa henti, sebagai sesuatu yang tidak pernah selesai. Ini berarti bahwa pribadi individu merupakan proses yang terus berjalan, suatu kesatuan yang tidak statis dan tidak kaku; individu merupakan suatu arus perubahan yang mengalir terus, dan bukan suatu benda yang sudah tidak dapat berubah lagi, individu merupakan suatu kesatuan potensi yang terus menerus berubah, dan bukan suatu kumpulan dari sejumlah bagian yang tetap adanya. Manusia pada hakekatnya dalam proses *-on becoming* - tidak pernah selesai, tidak pernah sempurna.

Pandangan Adler (1954) tentang manusia tergolong ke dalam pandangan humanistik. Manusia tidak semata-mata digerakkan oleh dorongan untuk memuaskan dirinya sendiri, namun sebaliknya, manusia digerakkan dalam hidupnya sebagian oleh rasa tanggung jawab sosial dan sebagian lagi oleh kebutuhan untuk mencapai sesuatu. Lebih jauh Adler mengatakan bahwa individu melibatkan dirinya



dalam usaha untuk mewujudkan diri sendiri, dalam membantu orang lain, dan dalam membuat dunia ini menjadi lebih baik untuk ditempati.

## Pandangan Behavioristik

Kaum behavioristik (Hansen, dkk., 1977) pada dasarnya menganggap bahwa manusia sepenuhnya adalah makhluk reaktif yang tingkah lakunya di kontrol oleh faktor-faktor yang datang dari luar. Lingkungan adalah penentu tunggal dari tingkah laku manusia. Dengan demikian kepribadian individu dapat dikembalikan semata-mata kepada hubungan antara individu dan lingkungannya, hubungan itu diatur oleh hukum-hukum belajar, seperti teori pembiasaan (*conditioning*) dan peniruan.

Manusia tidak datang ke dunia ini dengan membawa ciri-ciri yang pada dasarnya baik atau jelek, tetapi netral. Hal-hal yang mempengaruhi perkembangan kepribadian individu semata-mata tergantung pada lingkungannya. Tingkah laku adalah hasil perkembangan individu dan sumber dari hasil ini tidak lain adalah lingkungan.

Pandangan behavioristik sering dikritik sebagai pandangan yang merendahkan derajat manusia (*dehumanisasi*) karena pandangan ini mengingkari adanya ciri-ciri yang amat penting yang ada pada manusia dan tidak ada pada mesin atau binatang, seperti kemampuan memilih, menetapkan tujuan, mencipta. Dalam menanggapi kritik ini, Skinner (1976) mengatakan bahwa kemampuan-kemampuan itu sebenarnya terwujud sebagai tingkah laku juga yang berkembangnya tidak berbeda dari tingkahlaku-tingkahlaku lainnya. Justru tingkah laku inilah yang dapat didekati dan dianalisis secara ilmiah dan pendekatan behavioristik adalah pendekatan ilmiah.

Semua ciri yang dimiliki oleh manusia harus dapat didekati dan dianalisis secara ilmiah. Dibandingkan dengan binatang berangkai manusia adalah binatang yang unuk, yaitu binatang yang bernormal, tetapi tidak dapat dikatakan bahwa manusia itu memiliki moralitas. Yang disebut sebagai moral itupun mwujud dalam tingkah laku sebagai hasil belajar berkat pengaruh lingkungan. Pendekatan behavioristik tidaklah mendehumanisasikan manusia, melainkan justru men-dehomunkulisasikan manusia, yaitu mengatasi kekerdilan manusia. Hanya dalam hubungannya dengan lingkungan yang didekati secara ilmiahlah kekerdilan manusia dapat diatasi dan harkat ke manusiaan dipertinggi.

Setelah mengikuti beberapa pandangan tentang manusia tersebut di atas dapatlah ditarik beberapa pengertian pokok berikut :

1. Manusia pada dasarnya memiliki "tenaga dalam" yang menggerakkan hidupnya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhannya.
2. Dalam diri manusia (individu) ada fungsi yang bersifat rasional yang bertanggung jawab atas tingkah laku intelektual dan sosial individu.
3. Manusia mampu mengerahkan dirinya ke tujuan yang positif, mampu mengatur dan mengontrol dirinya, dan mampu menentukan "nasibnya" sendiri.
4. Manusia pada hakekatnya dalam proses "menjadi", berkembang terus, tidak pernah selesai.
5. Dalam hidupnya individu melibatkan dirinya dalam usaha untuk mewujudkan dirinya sendiri, membantu orang lain, dan membuat dunia lebih baik untuk ditempati.
6. Manusia merupakan suatu keberadaan berpotensi yang perwujudannya merupakan ketakterdugaan. Namun potensi ini terbatas.
7. Manusia adalah mahluk Tuhan yang sekaligus mengandung kemungkinan baik

dan jelek.

8. Lingkungan adalah penentu tingkah laku manusia dan tingkah laku ini merupakan kemampuan yang dipelajari.

Pandangan yang menyeluruh tentang manusia seyogyanya tidak hanya menekankan salah satu beberapa aspek saja dari ciri-ciri hakiki tersebut diatas. Di Indonesia dikenal pengertian manusia seutuhnya. Menurut Pedoman Penghayatan dan Pengamalan Pancasila setiap manusia mempunyai keinginan untuk mempertahankan hidup dan menjaga kehidupan yang lebih baik. Ini merupakan naluri yang paling kuat dalam diri manusia.

Pancasila sebagai filsafat hidup bangsa Indonesia memberikan pedoman bahwa kebahagiaan hidup manusia akan tercapai apabila kehidupan manusia akan tercapai apabila kehidupan manusia itu didasarkan dan keseimbangan, baik dalam hidup manusia sebagai pribadi, dalam hubungan manusia dengan masyarakat, dalam hubungan manusia dengan alam, dalam hubungan bangsa dengan bangsa, dan dalam hubungan manusia dengan Tuhannya, maupun dalam mengajar kemajuan lahiriah dan kebahagiaan rokhaniah.

Pancasila menempatkan manusia dalam keseluruhan harkat dan martabat sebagai mahluk Tuhan Yang Maha Esa. Manusialah yang menjadi titik tolak dari usaha kita untuk memahami manusia itu sendiri, manusia dan masyarakatnya, dan manusia dengan segenap lingkungan hidupnya. Adapun manusia yang kita pahami bukanlah manusia juga manusia yang dilekati dengan kelemahan-kelemahan, manusia yang di sampaikan kemampuan-kemampuan juga mempunyai keterbatasan-ketebatasan manusia yang disamping mempunya sifat- sifat yang baik mempunyai sifat-sifat yang kurang baik. Manusia yang hendak kita pahami bukanlah manusia yang kita tempatkan di luar batas kemampuan dan kelayakan manusia tadi.

Manusia sebagai makhluk Tuhan adalah makhluk pribadi dan sekaligus makhluk sosial. Sifat kodrati manusia sebagai individu dan sekaligus sebagai makhluk sosial yang merupakan kesatuan bulat perlu dikembangkan secara seimbang, selaras dan serasi. Perlu disadari bahwa manusia hanya mempunyai arti dalam kaitannya dengan manusia lain dalam masyarakat. Manusia hanya mempunyai arti dan dapat hidup secara layak di antara manusia lainnya. Tanpa manusia lainnya atau tanpa hidup bermasyarakat, seseorang tidak akan dapat menyelenggarakan hidupnya dengan baik. Dalam mempertahankan hidup dan usaha mengajar kehidupan yang lebih baik, mustahil hal itu dikerjakan sendiri oleh seseorang tanpa bantuan dan kerjasama dengan orang lain dalam masyarakat.

Kekuatan manusia pada hakekatnya tidak terletak pada kemampuan fisiknya atau kemampuan jiwanya semata-mata melainkan terletak pada kemampuannya untuk bekerjasama dengan manusia lainnya. Dengan manusia lainnya dalam masyarakat itulah manusia itu menciptakan kebudayaan yang pada akhirnya membedakan manusia dari segenap makhluk hidup yang lain, yang mengantarkan umat manusia pada tingkat, mutu, martabat dan harkatnya sebagaimana manusia yang hidup pada zaman sekarang dan zaman yang akan datang.

ooo000ooo

### 3

## PENGGORGANISASIAN DAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT

Pelaksanaan upaya pembangunan dalam garis besarnya dapat dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan yang bersifat direktif atau pendekatan yang bersifat non direktif. Pada pendekatan yang bersifat direktif, diambil asumsi bahwa petugas tahu apa yang dibutuhkan dan apa yang baik untuk masyarakat. Dalam pendekatan ini maka peranan petugas bersifat lebih dominan karena prakarsa kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk keperluan pembangunan datang dari petugas. Interaksi yang muncul lebih bersifat instruktif dan masyarakat dilihat sebagai obyek.

Pada pendekatan yang bersifat non-direktif, maka diambil asumsi bahwa masyarakat tahu apa sebenarnya yang mereka butuhkan dan apa yang baik untuk mereka. Peranan pokok ada pada masyarakat, sedangkan petugas lebih bersifat menggali dan mengembangkan potensi masyarakat. Prakarsa kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan berasal dari masyarakat. Sifat interaksi adalah partisipatif dan masyarakat dilihat sebagai subyek.

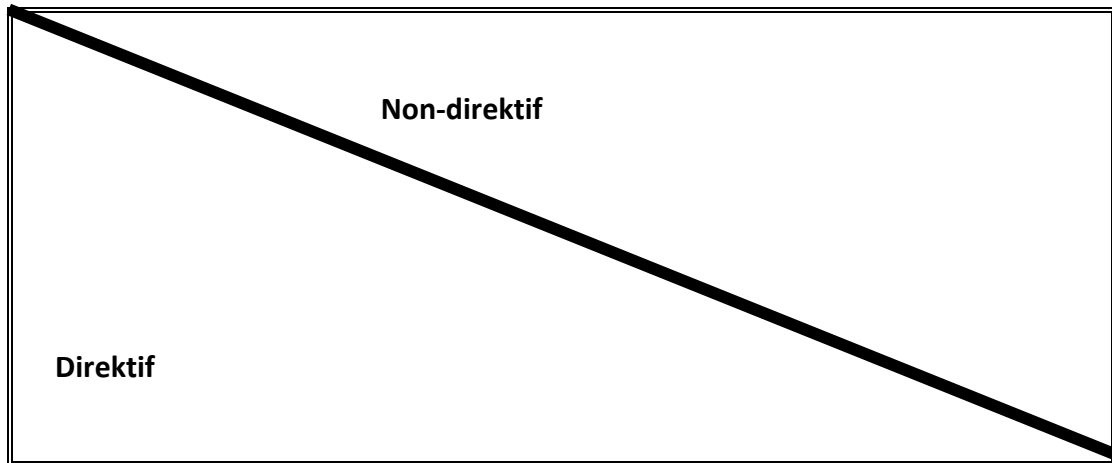
Mengingat keragaman dalam potensi masyarakat, diperlukan penyesuaian antara pendekatan yang dipilih dikaitkan dengan potensi dari masyarakat dimana kegiatanpembangunan itu dilaksanakan. Dalam pilihan pendekatan tersebut harus tetap diingat bahwa upaya pembangunan haruslah merupakan upaya untuk mewujudkan potensi yang dimiliki oleh masyarakat. Hal ini dapat dianalogikan dengan suatu konsep yang disebut konsep piring terbang.

Sesuai dengan hukum mekanika, maka suatu piringan yang berputar akan bergerak naik jika mengalami peningkatan dalam kecepatan berputarnya dan akan

bergerak turun jika mengalami penurunan dalam kecepatan berputarnya. Potensi masyarakat dapat digambarkan sebagai energi yang ada dalam sebuah piringan yang berputar. Kecepatan berputar ini berbeda-beda antara satu kelompok masyarakat dibandingkan dengan kelompok lainnya. Perbedaan inilah yang menyebabkan adanya perbedaan ketinggian dari masing-masing piring tersebut. Pada kelompok masyarakat yang sudah berkembang maka energi yang ada sudah dikembangkan secara optimal sehingga tingkat perkembangannya lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok masyarakat lain yang belum berkembang.

Dikaitkan dengan hukum mekanika dalam piring terbang tersebut, maka posisi piring terbang akan dapat ditingkatkan dengan menambah kecepatan berputarnya. Penambahan kecepatan ini bisa berasal dari luar maupun dari dalam. Yang penting diperhatikan adalah penambahan perputaran harus dilakukan pada saat yang tepat dan dengan arah yang sesuai, jika kita menginginkan terjadinya peningkatan kedudukan piring terbang tersebut agar naik lebih tinggi dari posisi semula. Penambahan perputaran yang terjadi secara tiba-tiba dapat menimbulkan kegoncangan dan penambahan percepatan yang tidak sesuai dengan arah semula justru akan menimbulkan keruntuhan.

Dalam penerapan di lapangan, pilihan antara pendekatan direktif dan non-direktif perlu disesuaikan dengan tingkat perkembangan masyarakatnya. Masyarakat yang sudah mampu mendayagunakan potensi yang dimiliki perlu didekati dengan pendekatan yang non-direktif sedangkan masyarakat yang dalam tingkat perkembangan yang lebih awal bisa mulai didekati dengan pendekatan direktif. Secara skematis hal ini bisa digambarkan sebagai berikut.



Dalam pilihan pendekatan tersebut, arah pengembangan adalah untuk secara bertahap menuju pendekatan yang lebih partisipatif atau bersifat non-direktif meskipun mungkin diawali dengan pendekatan yang direktif atau instruktif.

## Pentahapan PPM

Apa yang dimaksud dengan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat atau PPM? PPM pada dasarnya adalah suatu proses pengorganisasian kegiatan masyarakat yang bersifat setempat, yang ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pemberian pengalaman belajar, maka secara bertahap dikembangkan pendekatan yang bersifat partisipatif dalam bentuk pendelegasian wewenang dan pemberian peran yang semakin besar kepada masyarakat.

Secara keseluruhan terdapat enam tahapan pokok PPM, yaitu: persiapan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi serta perluasan. Pada tahap persiapan, maka dilakukan persiapan yang bersifat intern petugas dan persiapan

sosial untuk masyarakat. Persiapan petugas berupa hal-hal yang bersifat teknis-administratif dan yang bersifat pilihan strategis pendekatan. Pada tahap persiapan sosial, perlu mulai dilakukan pengenalan masyarakat, pengenalan masalah dan selanjutnya diikuti dengan upaya penyadaran. Pada tahap perencanaan, secara bersama disusun rencana untuk mengatasi masalah yang dihadapi dan cara-cara penerapan rencana tersebut dalam tahap pelaksanaan. Selama pelaksanaan dilakukan pemantauan secara berkala dan kemudian dilakukan evaluasi untuk melihat pencapaian tujuan. Dari hasil pelaksanaan dan evaluasi tahap berikutnya adalah perluasan kegiatan, baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif.

Dalam keseluruhan tahapan maka terdapat pembagian peran yang berbeda-beda antara petugas dan masyarakat. Pada tahap awal, petugas mempunyai peranan yang lebih dominan tetapi secara bertahap dilakukan pendelegasian wewenang dan pengembangan peran yang lebih besar kepada masyarakat, sehingga akhirnya peran utama selanjutnya dipegang oleh masyarakat dan peran petugas lebih bersifat konsultatif.

## **Bentuk-Bentuk Pengalaman Belajar**

Situasi belajar yang dialami masyarakat pada dasarnya dibedakan dalam tiga bentuk :

### **1. *Required outcome situation* (situasi belajar yang diwajibkan)**

Situasi belajar yang terjadi adalah dalam bentuk "kewajiban" atau "instruktif" dimana petugas mengharuskan masyarakat untuk berperilaku tertentu dan petugas mempunyai wewenang untuk memberikan sanksi atas pelanggaran terhadap



instruksinya. Situasi ini ditemukan pada keadaan yang menimbulkan ancaman terhadap orang banyak, seperti misalnya wabah.

## 2. ***Recomended outcome situation*** (situasi belajar yang disarankan)

Situasi belajar yang muncul adalah dalam bentuk pemberian saran alternatif, dimana petugas berperan sebagai nara sumber. Masyarakat dianjurkan untuk mengadopsi perilaku tertentu, tetapi tidak ada sanksi jika perilaku tersebut tidak dilaksanakan. Situasi ini misalnya ditemukan pada upaya-upaya perbaikan gizi.

### c. ***Self-directed outcome situation*** (situasi belajar yang ditetapkan sendiri)

Pada situasi ini masyarakat sudah berada dalam tahap bisa menetapkan sendiri hal-hal yang dianggap baik untuk dirinya. Tingkat pendidikan serta status sosial ekonomi yang demikian sudah memungkinkan mereka memiliki dasar untuk memilih secara baik dan melakukan upaya-upaya untuk mencapai tujuan yang diinginkan secara mandiri. Peranan petugas bersifat konsultatif dan pendekatan yang digunakan terutama bersifat non-direktif.

## **Partisipasi Masyarakat**

Upaya pembangunan pada dasarnya ditujukan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat, dan untuk tercapainya kemandirian tersebut maka partisipasi masyarakat merupakan hal yang mutlak diperlukan. Dalam pengertian partisipasi maka didalamnya terkandung 3 komponen, yaitu : interaksi, pengambilan keputusan dan kesederajatan kekuasaan. Interaksi terjadi antara yang mengajak berpartisipasi dan yang diajak berpartisipasi, dalam suatu proses pengambilan keputusan yang mempunyai akibat bagi kedua belah pihak. Dalam proses interaksi ini, kedua belah pihak berada dalam kedudukan yang sederajat. Bertitik tolak dari pengertian

partisipasi ini, maka partisipasi mengandung konsekuensi kesediaan berbagi kekuasaan antara yang mengajak berpartisipasi dan yang diajak berpartisipasi.

Dalam pembangunan di bidang kesehatan, maka tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Tujuan ini mengandung konsekuensi bahwa partisipasi merupakan proses yang harus dikembangkan dalam setiap upaya kesehatan dan ini terlihat dalam upaya-upaya pengembangan peran serta masyarakat dalam kegiatan PKMD atau Posyandu. Meskipun masih mempunyai kekurangan disana-sini, tetapi melalui kegiatan Posyandu diharapkan dapat diwujudkan peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan. Secara bertahap hal ini perlu ditingkatkan kualitasnya sehingga tercapai suatu bentuk partisipasi yang optimal.

Keragaman potensi masyarakat yang berbeda-beda membutuhkan pendekatan yang sesuai dengan potensi yang ada. Pendekatan apapun yang dipilih tetap harus ditujukan pada suatu upaya untuk mewujudkan potensi masyarakat secara optimal. Melalui upaya Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat, maka hal ini dicoba dicapai dengan menggunakan pendekatan menekankan pada pemberian pengalaman belajar. Dengan pendelegasian wewenang serta pengembangan peran serta bertahap, maka kemandirian masyarakat ditumbuhkan sehingga mampu menjadi subyek dan sekaligus obyek.

## 4

**PENDEKATAN DIREKTIF DAN NON-DIREKTIF****Pengertian**

Dalam suatu kegiatan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat, seorang petugas biasanya datang ke kelompok masyarakat tertentu, membuat identifikasi masalah dan sampai kepada suatu kesimpulan bahwa masyarakat memerlukan program tertentu untuk meningkatkan taraf hidupnya. Program yang ditujukan untuk memperbaiki keadaan masyarakat ini sebetulnya didasarkan pada asumsi bahwa petugas mempunyai kemampuan untuk menetapkan "konsep baik-buruk" dari masyarakat sasaran. Meskipun hal ini kelihatannya sederhana, masalah sebenarnya justru tidak sederhana. Setiap orang bisa mempunyai pendapat sendiri-sendiri tentang apa yang baik dan apa yang buruk, dan pendapat-pendapat ini bisa berbeda satu sama lain. Banyak faktor yang menentukan pandangan seseorang tentang baik-buruknya sesuatu, seperti misalnya faktor pengalaman, pendidikan, harapan, motivasi dan sebagainya. Dengan demikian bisa terjadi bahwa apa yang dianggap buruk oleh petugas belum tentu ditafsirkan sama oleh masyarakat dan demikian juga apa yang dianggap baik oleh masyarakat belum tentu mendapat penafsiran yang sama dari petugas.

Pada suatu pendekatan yang direktif, petugaslah yang menetapkan apa yang baik atau buruk bagi masyarakat, cara-cara apa yang perlu dilakukan untuk memperbaikinya dan selanjutnya menyediakan sarana yang diperlukan untuk perbaikan tersebut. Dengan pendekatan seperti ini memang prakarsa dan pengambilan keputusan berada ditangan petugas. Dalam prakteknya petugas memang mungkin menanyakan apa yang menjadi kebutuhan masyarakat atau cara

apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi suatu masalah, tetapi jawaban yang muncul dari masyarakat selalu diukur dari segi baik dan buruk menurut petugas. Dengan pendekatan ini memang banyak hasil yang telah diperoleh, tetapi terutama untuk hal-hal yang bersifat tujuan jangka pendek, atau yang bersifat pencapaian secara fisik. Pendekatan seperti ini menjadi kurang efektif untuk mencapai hal-hal yang sifatnya jangka panjang atau untuk memperoleh perubahan-perubahan mendasar yang berkaitan dengan perilaku. Penggunaan pendekatan direktif sebetulnya juga mengakibatkan hilangnya kesempatan untuk memperoleh pengalaman belajar dan menimbulkan kecenderungan untuk tergantung kepada petugas. Pada pendekatan non-direktif, petugas tidak menempatkan diri sebagai orang yang menetapkan apa yang baik dan apa yang buruk bagi masyarakat, untuk membuat analisa dan mengambil keputusan untuk masyarakat atau menetapkan cara-cara yang bisa dilakukan oleh masyarakat. Dengan menggunakan pendekatan ini petugas berusaha untuk merangsang tumbuhnya suatu proses penetapan sendiri (*self determination*) dan kemandirian (*self-help*). Tujuannya adalah agar masyarakat memperoleh pengalaman belajar untuk pengembangan diri dengan melalui pemikiran dan tindakan oleh masyarakat sendiri.

### **Kondisi Untuk Tumbuhnya "Self-directed Action"**

Dari berbagai pengalaman pelaksanaan kegiatan masyarakat, sebagian masyarakat memang berhasil berkembang dengan pendekatan non-direktif tetapi ada juga mengalami kegagalan. Untuk tumbuhnya suatu *self-directed action* sebagai hasil dari pendekatan dibutuhkan beberapa kondisi, yaitu :

1. Adanya sejumlah orang yang tidak puas terhadap keadaan mereka dan sepakat tentang apa sebenarnya yang menjadi kebutuhan khusus mereka.
2. Orang-orang ini menyadari bahwa kebutuhan tersebut, hanya akan terpenuhi jika mereka sendiri berusaha untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
3. Mereka memiliki, atau dapat dihubungkan dengan sumber-sumber yang memadai untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Yang dimaksud dengan sumber-sumber disini meliputi : pengetahuan, ketrampilan atau sarana dan kemauan yang kuat untuk melaksanakan keputusan yang telah ditetapkan bersama-sama.

## Peran Petugas

Untuk terciptanya kondisi-kondisi seperti tersebut diatas, maka petugas dapat mengambil peran untuk :

1. Menumbuhkan keinginan untuk bertindak dengan merangsang munculnya diskusi tentang apa yang menjadi masalah dalam masyarakat.
2. Memberikan informasi, jika dibutuhkan tentang pengalaman kelompok lain dalam mengorganisasi diri untuk menghadapi hal yang serupa.
3. Membantu diperolehnya kemampuan masyarakat untuk membuat analisa situasi secara sistematik tentang hakekat dan penyebab dari masalah yang dihadapi masyarakat.
4. Menghubungkan masyarakat dengan sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan untuk membantu mengatasi masalah yang sedang dihadapi mereka, sebagai tambahan dari sumber-sumber yang memang sudah dimiliki masyarakat.

Dalam menjalankan pendekatan non-direktif, petugas dapat dihadapkan kepada munculnya konflik-konflik diantara sesama anggota masyarakat. Konflik yang tidak

dapat dikendalikan dan diatasi dapat mengakibatkan perpecahan, oleh karena itu petugas harus mampu mengenal adanya konflik ini dan mengambil tindakan- tindakan untuk mengatasinya.

## **Keuntungan Pendekatan Non-direktif**

Beberapa keuntungan yang bisa didapatkan dari pendekatan non direktif

1. Memungkinkan diperolehnya hasil yang lebih baik dalam keterbatasan sumber yang ada. Pada dasarnya memang selalu ada keterbatasan dana, tenaga maupun teknologi yang dimiliki oleh pemerintah atau lembaga swasta. Dibukanya kesempatan keada masyarakat untuk mengorganisasi kegiatan dengan menggunakan sumber-sumber yang ada akan memberikan kesempatan kepada pemerintah/lembaga untuk membantu lebih banyak kegiatan di tempat-tempat lainnya. Selain itu kesempatan untuk megorganisasi diri juga memungkinkan digalinya potensi setempat yang semula tidak terlihat.
2. Membantu perkembangan masyarakat. Dengan diperolehnya pengalaman belajar maka kemampuan masyarakat akan berkembang diikuti dengan tumbuhnya rasa percaya diri akan kemampuan mereka untuk mengatasi masalah.
3. Menumbuhkan rasa kebersamaan (*we-feeling*). Pengalaman bekerjasama diantara sesama anggota masyarakat untuk mengatasi masalah-masalah bersama akan meningkatkan pengenalan diri diantara mereka sehingga dapat dirasakan tumbuhnya rasa kebersamaan.

## Keterbatasan Pendekatan Non-direktif

Beberapa keterbatasan pendekatan Non-Direktif yaitu:

1. Petugas tidak dapat sepenuhnya menetapkan isi dan proses kegiatan serta tidak dapat menjamin bahwa hasil akhir akan sesuai dengan keinginannya.
2. Masyarakat yang sudah terbiasa dengan pendekatan direktif cenderung tidak menyukai pendekatan yang non-direktif karena dengan pendekatan ini masyarakat "dipaksa" untuk terlibat secara aktif dan ikut bertanggung jawab sepenuhnya atas keputusan yang ditetapkan.

ooo000ooo

## 5

# MODEL PENGORGANISASIAN DAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT

Jack Rothman mengartikan pengorganisasian masyarakat sebagai bentuk intervensi pada tingkat masyarakat (*community level*) yang diarahkan untuk peningkatan atau perubahan lembaga-lembaga kemasyarakatan dan pemecahan masalah masyarakat.. Dengan berdasarkan pengertian tersebut, Rothman membedakan tiga model pengorganisasian masyarakat, yaitu : model A (*Locality Development*), model B (*Social Planning*) dan model C (*Social Action*).

Model A mengambil asumsi bahwa perubahan masyarakat berlangsung secara optimal jika ada partisipasi dari berbagai anggota masyarakat dalam penetapan tujuan dan pelaksanaan tindakan. Contohnya adalah program-program pengembangan masyarakat.

Model B terutama menekankan pada aspek teknis dalam penyelesaian masalah dengan melalui perencanaan yang baik dan rasional, sedangkan partisipasi masyarakat sifatnya bervariasi tergantung dari permasalahan yang dihadapi. Contohnya adalah kegiatan-kegiatan pembangunan yang disusun oleh Badan Perencana pembangunan ( Daerah maupun Nasional).

Model C mempunyai tujuan utama untuk mengadakan perubahan mendasar pada lembaga-lembaga kemasyarakatan. sasaran utamanya adalah penataan kembali struktur kekuasaan, sumber-sumber dan proses pengambilan keputusan. Model ini tampak pada perjuangan dari keleompok-kelompok yang "tertindas" dalam usahanya untuk memperoleh perlakuan yang lebih adil dan demokratis.



## Beberapa ciri lain dari masing-masing model.

Bila dilihat dari tujuannya, model yang berorientasi kepada penugasan akan menekankan penyelesaian tugas-tugas yang diberikan dalam arti penyelesaian masalah-masalah tertentu. Orientasi kepada proses akan menekankan pembinaan kerjasama, partisipasi dan kepemimpinan setempat. Jika dilihat dari orientasi tujuannya, model A berorientasi kepada proses dan ini terlihat dari banyaknya penggunaan metode-metode dinamika kelompok. Model B lebih berorientasi kepada penugasan sedangkan model C kadang-kadang berorientasi kepada proses dan kadang-kadang kepada penugasan.

Dilihat dari strategi dasar, Karena model A menempatkan partisipasi masyarakat sebagai hal yang penting, maka strategi yang digunakan adalah pencapaian konsensus dan menghindari konflik. Pada model B, strateginya terutama didasarkan pada pemecahan masalah secara rasional dan logis. Oleh karena itu, model B menekankan pentingnya pengumpulan data dan analisa data sebelum membuat suatu perencanaan yang baik. Model C mendasarkan strateginya pada kejelasan sasaran yang ingin dicapai dengan melontarkan issue ketengah masyarakat, sedangkan sasaran yang dimaksud dapat berupa individu maupun kelembagaan. Oleh karena itu model C banyak memanfaatkan konflik, konfrontasi dan aksi-aksi langsung.

Pada model A, petugas lebih berperan sebagai "enabler" yang memberi kesempatan kepada masyarakat untuk mengalami proses belajar melalui kegiatan pemecahan masalah. Pada model B, petugas lebih berperan sebagai seorang ahli (expert) dengan kemampuan tehnis untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi masyarakat. Pada model C, yang lebih menonjol adalah peran sebagai aktivis yang mampu memanfaatkan media massa dan mencari dukungan politis.

Bila dilihat dari Orientasi terhadap struktur kekuasaan, Pada model A, struktur kekuasaan diikutsertakan sebagai "Partner" dalam usaha-usahanya mencapai tujuan. Model B, penguasa justru yang merupakan "sponsor" sedangkan pada model C struktur kekuasaan dijadikan sebagai sasaran perubahan.

Ketiga model tersebut diatas dalam kenyataan prakteknya bisa dikombinasikan satu sama lain dan bisa juga merupakan suatu tahapan. Penggunaan dalam bentuk kombinasi misalnya dengan lebih meningkatkan peran serta masyarakat dalam social planning ( model B ) atau dicarinya usaha-usaha kompromi dalam suatu social action ( model C ). Sebagai suatu tahapan, misalnya suatu usaha yang bermula merupakan social action tetapi setelah sebagian tujuannya tercapai lalu diarahkan menjadi social planning. Dengan diketahuinya ciri-ciri dari ketiga model tersebut diatas kita dapat bersikap kritis dalam menilai suatu "gerakan" dimasyarakat dan tidak sampai "terperangkap" karena tidak mampu menganalisa latar belakang dan tujuannya.

ooo000ooo

## 6

# KONSEP PRIMARY HEALTH CARE DAN PENERAPANNYA DI INDONESIA

### Latar Belakang Primary Health Care

Berakhirnya Perang Dunia ke II diikuti dengan tumbuhnya suatu semangat untuk membangun dan memperbaiki kembali keadaan yang telah dihancurkan oleh situasi peperangan. PBB memproklamasikan periode ini sebagai suatu "dekade pembangunan" dan membantu pengerahan berbagai sumber dana dan sumber daya untuk menilainya. Upaya ini telah memberikan perbaikan secara sosial ekonomi di berbagai negara, tetapi juga mengandung beberapa kelemahan.

Pada periode tahun 1970an, semakin dirasakan adanya kesenjangan antara negara-negara maju dan negara sedang berkembang, karena negara maju telah mengalami kemajuan sosial ekonomi yang jauh lebih pesat dibandingkan dengan keadaan di negara-negara sedang berkembang. Keadaan di negara sedang berkembang sendiri juga memperlihatkan adanya ketimpangan yang besar dalam tingkat kesejahteraan dari berbagai kelompok sosial ekonomi yang ada. Bagian terbesar dari penduduk di negara sedang berkembang ternyata belum ikut merasakan manfaat pembangunan. Hasil pembangunan yang semula diharapkan akan menetes kebawah ("*trickle-down effect*") ternyata hanya dinikmati oleh sekelompok lapisan atas masyarakat. Indikator kemajuan pembangunan yang ditekankan kepada hal-hal yang bersifat fisik dan ekonomi ternyata tidak sesuai dengan kenyataan yang dirasakan oleh bagian terbesar masyarakat. Kenyataan ini akhirnya menumbuhkan kesadaran baru

untuk mencari pilihan strategi pembangunan yang lebih memungkinkan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

Sebagaimana dengan keadaan pembangunan pada umumnya, hasil pembangunan di sektor kesehatan juga menunjukkan masih banyaknya hal-hal yang memprihatinkan. Perbedaan yang menyolok ini mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat, dimana tingkat kematian balita di negara-negara sedang berkembang mencapai 30-50 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara maju. Hal ini masih ditambah lagi dengan angka kelahiran yang tinggi, alokasi anggaran pembangunan kesehatan yang rendah dibandingkan dengan sektor lainnya, pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak dan spesialis, menggunakan teknologi yang semakin tinggi dan mahal, orientasi yang lebih banyak pada kuratif daripada pencegahan dan kecenderungan untuk lebih mengutamakan kepentingan kesehatan sebagian kecil masyarakat yang mampu daripada kepentingan masyarakat banyak. Dilihat dari segi cakupan, upaya kesehatan yang ada ternyata hanya dimanfaatkan oleh sebagian kecil masyarakat dan terutama yang tinggal di perkotaan. Dan meskipun terdapat keterbatasan dalam sumber dana maupun sumber daya, tetapi yang terjadi adalah suatu pembatasan yang ketat bahwa upaya pengobatan/kesehatan merupakan hak "eksklusif" dari profesi kesehatan, sehingga yang terjadi adalah ketergantungan yang semakin besar terhadap tenaga kesehatan profesional yang jumlahnya terbatas.

Melihat kenyataan ini, pada tahun 1973 WHO mengadakan studi perbandingan di berbagai negara untuk mempelajari cara-cara penyelenggaraan kegiatan pembangunan kesehatan yang lebih efektif dan mampu mencapai bagian terbesar masyarakat, khususnya yang berada di daerah pedesaan. Hasil studi ini kemudian disusul dengan rekomendasi yang selanjutnya menjadi dasar bagi konsep "Kesehatan Untuk Semua pada tahun 2000 melalui *Primary Health Care*", yang dicanangkan pada

tahun 1978 di Alma Ata. Sejak saat ini berbagai negara secara resmi menggunakan konsep PHC untuk kebijaksanaan pembangunan di negaranya, termasuk Indonesia.

## Perkembangan PHC di Indonesia

Di Indonesia sendiri, masalah ketimpangan dalam upaya kesehatan juga dirasakan. Upaya kuratif lebih diutamakan daripada upaya pencegahan, sarana pelayanan kesehatan diwujudkan dalam bentuk pembangunan rumah sakit yang umumnya berada di perkotaan dan kecenderungan penggunaan teknologi kesehatan yang canggih dan mahal dengan penanganan penderita yang terkotak-kotak oleh spesialisasi. Meskipun bagian terbesar dari masyarakat tinggal di daerah pedesaan, tetapi sarana dan petugas kesehatan bertumpuk di daerah perkotaan. Dilain pihak sarana yang ada masih kurang dimanfaatkan secara optimal akibat adanya kesenjangan antara "provider" dan "consumer". Hal ini mengakibatkan cakupan pelayanan yang terbatas sehingga tidak banyak berpengaruh untuk meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan .

Situasi ini merangsang tumbuhnya prakarsa dari berbagai pihak untuk mencari suatu strategi pelayanan kesehatan masyarakat yang sesuai dengan kondisi setempat. Pada tahun 1967 di Kampung Kerten, Solo dikembangkan suatu model pelayanan kesehatan dengan cara asuransi sederhana yang disebut sebagai Dana Sehat Pada tahun 1972 di Klampok hal yang serupa juga muncul dan diperoleh suatu pengalaman bahwa karena masyarakat memberi prioritas yang rendah untuk kesehatan, diperlukan suatu pendekatan tidak langsung dengan mencoba ikut membantu menangani masalah yang sifatnya *health-related* atau bahkan yang *non-health* .

Melihat munculnya berbagai pendekatan yang tampaknya cukup efektif ini, maka pada tahun 1975 Departemen Kesehatan membentuk sebuah tim kerja untuk me-

ngembangkan suatu pendekatan yang dapat meningkatkan cakupan dan derajat kesehatan masyarakat secara efektif. Pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional tahun 1976, konsep Pembinaan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) diperkenalkan secara resmi kepada para Kepala Kanwil/Dinas Kesehatan seluruh Indonesia dan stafnya. Pada tahun 1977 sebuah tim khusus kemudian melakukan sebuah *quick survey* yang meliputi 30 desa di 6 propinsi dalam periode waktu sekitar 3 bulan, untuk mempelajari berbagai pola tersebut. Ciri yang menonjol dalam berbagai pendekatan yang ditemukan dilapangan tersebut adalah keterlibatan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan melalui penggunaan kader kesehatan, dan upaya penggalan dana setempat yang dikenal sebagai Dana Sehat. Kegiatan-kegiatan inilah yang kemudian disebut sebagai Pembinaan Kesehatan Masyarakat Desa yang disingkat PKMD .

PKMD secara resmi diterima sebagai salah satu kebijaksanaan nasional dan sejak tahun ini istilah Pembinaan diganti dengan Pembangunan dengan alasan bahwa kegiatan PKMD merupakan bagian integral dari pembangunan desa. Pada tahun 1978, delegasi Indonesia yang dipimpin oleh Menteri Kesehatan dalam Persidangan WHO/Unicef di Alma Ata membawakan kebijaksanaan PKMD ini sebagai suatu kebijaksanaan nasional pembangunan kesehatan di Indonesia.

Dalam perkembangan selanjutnya, sejak tahun 1984 mulai dikembangkan suatu upaya untuk lebih meningkatkan keterpaduan kegiatan kesehatan dan keluarga berencana, khususnya dalam kaitannya untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak serta pelembagaan norma keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Di tingkat operasional, upaya ini dilaksanakan melalui Pos Pelayanan Terpadu atau Posyandu. Dalam kegiatannya maka Posyandu terutama diarahkan pada lima program pokok, yaitu imunisasi, pemberantasan diare dengan pemberian oralit, kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi dan keluarga berencana. Meskipun demikian, tetap terbuka

kemungkinan untuk menambah dengan kegiatan kesehatan lain, sesuai dengan situasi dan kondisi setempat. Dikaitkan dengan PKMD maka Posyandu adalah merupakan salah satu bentuk kegiatan PKMD, dimana lingkup kegiatannya lebih diarahkan kepada ke lima program prioritas tersebut.

## Pengertian PHC

Menurut batasan pengertian yang dirumuskan dalam Deklarasi Alma Ata, maka PHC diartikan sebagai upaya kesehatan primer yang didasarkan kepada metoda dan teknologi yang praktis, ilmiah dan dapat diterima secara sosial, yang terjangkau oleh semua individu dan keluarga dalam masyarakat melalui partisipasinya yang penuh, serta dalam batas kemampuan penyelenggaraan yang dapat disediakan oleh masyarakat dan pemerintah di setiap tahap pembangunannya, dalam suatu semangat kemandirian. Oleh Departemen Kesehatan, PHC dijabarkan secara operasional dalam bentuk PKMD , dengan batasan pengertian berupa rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong royong dan swadaya dalam rangka menolong mereka sendiri, untuk mengenal dan memecahkan masalah/kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat, baik dalam bidang kesehatan maupun dalam bidang yang berkaitan dengan kesehatan, agar mampu memelihara dan meningkatkan kehidupannya yang sehat dan sejahtera .

Dari batasan pengertian PHC oleh WHO & Unicef, terlihat bahwa PHC merupakan upaya kesehatan yang didasarkan kepada teknologi tepat guna, dapat diterima secara sosial (*socially acceptable*), terjangkau oleh masyarakat (*accessible*) dan tidak mahal (*affordable*). Upaya kesehatan ini melibatkan masyarakat secara aktif (partisipasi) dan didasarkan pada kemandirian. Dari pengertian PKMD menurut Departemen Kesehatan terlihat bahwa PKMD merupakan kegiatan masyarakat untuk meningkatkan derajat

kesehatan dan kesejahteraannya, melalui kegiatan-kegiatan mandiri yang berkaitan langsung atau tidak langsung dengan kesehatan. WHO dan Unicef menambahkan juga bahwa kegiatan PHC dapat meliputi salah satu atau beberapa dari kegiatan-kegiatan berikut:

1. Pendidikan kesehatan.
2. Perbaikan gizi dan makanan.
3. Penyediaan air dan perbaikan sanitasi.
4. Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak.
5. Imunisasi
6. Pencegahan dan pengawasan penyakit-penyakit endemic
7. Pengobatan.
8. Penyediaan obat-obatan pokok.

Dari pengertian PHC dan elemen-elemennya tersebut diatas, tampak bahwa "cakupan" masalah dalam PHC tampak lebih "spesifik" dan "dibatasi" dalam masalah kesehatan. Dari pengertian PKMD oleh Departemen Kesehatan, cakupan "masalah" yang digarap lebih bersifat *broad spectrum* yaitu meliputi masalah kesehatan dan yang berkaitan dengan kesehatan. Hal ini dapat dimengerti karena beberapa kegiatan yang merupakan rintisan PKMD. Oleh karena itu pulalah dalam kegiatan PKMD sangat ditekankan pentingnya kerjasama lintas sektoral, untuk pemecahan masalah yang sifatnya "non-kesehatan".

Dengan diresmikannya PKMD sebagai suatu kebijaksanaan nasional, maka suatu prakarsa yang bersifat lokal sekarang diadopsi secara nasional. Di satu pihak ini memberikan keuntungan karena upaya lokal yang sporadis sekarang digerakkan dalam skala nasional, disertai dengan adanya dukungan sumber yang lebih be sar. Dengan



cara ini diharapkan dampak dari PKMD untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat akan lebih terasa secara nasional.

Di pihak lain, upaya yang semula lokal dan ditangani secara individual, sekarang berubah menjadi suatu target yang harus dicapai dengan pembatasan waktu. Akibat sampingan yang segera terasa adalah kegiatan-kegiatan yang sifatnya persiapan sosial tidak dilakukan dengan memadai, sehingga di beberapa tempat kegiatan PKMD dilaksanakan secara "karbitan". Hal ini berakibat beberapa kegiatan PKMD tidak terlaksana dengan baik (Sasongko, 1984).

## **Peran serta masyarakat dalam PHC**

Salah satu prinsip penting dalam PHC adalah partisipasi masyarakat. Hal ini merupakan suatu hal yang sangat mendasar sifatnya, karena salah satu konsekwensinya adalah tindakan pengobatan/kesehatan yang semula merupakan hak "eksklusif" profesi kesehatan sekarang di-alih teknologi-kan kepada orang "awam", dalam hal ini kepada seorang kader kesehatan. Akibatnya timbul tantangan yang cukup keras, terutama yang berasal dari "oknum" profesi kesehatan. Tetapi karena jumlah petugas profesional memang terbatas dibandingkan dengan besarnya permasalahan kesehatan, maka akhirnya kehadiran kader kesehatan sebagai partner dalam upaya pelayanan kesehatan primer "bisa" diterima. Adanya "keengganan" untuk mendudukan kader kesehatan sebagai partner dalam upaya pelayanan kesehatan primer tampaknya merupakan salah satu gejala dari ketidaksamaan penafsiran tentang arti partisipasi masyarakat.

Penafsiran yang berbeda-beda mengenai arti partisipasi ini berkisar dari penafsiran partisipasi hanya sebagai keikutsertaan dalam suatu pelaksanaan kegiatan yang telah diputuskan (oleh pihak lain) sebelumnya sampai dengan penafsiran yang lebih utuh

dimana partisipasi digambarkan sebagai suatu keterlibatan dalam suatu proses pengambilan keputusan dengan berbagai konsekwensinya. Soetrisno Kh (1985) menggambarkan berbagai derajat partisipasi masyarakat, mulai dari sekedar menikmati hasil (kegiatan pembangunan) sampai dengan keterlibatan dalam perencanaan. Hal ini erat kaitannya dengan kualitas partisipasi, mulai dari kualitas yang paling rendah, yaitu partisipasi karena mendapat perintah, sampai dengan kualitas yang paling tinggi, yaitu partisipasi yang disertai dengan kreasi atau daya cipta.

Jadi apakah sebetulnya yang dimaksud dengan partisipasi ? Dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia, memang tidak dapat ditemukan perkataan partisipasi, karena istilah ini memang merupakan suatu istilah yang "kontemporer" sebagai pengindonesiaan dari istilah asing *participation* (Sasongko, 1984). Dalam waktu belakangan ini istilah ini digantikan dengan istilah yang lebih "pribumi", yaitu peran serta. Kamus Webster (1971) mengartikan *participation* sebagai kegiatan untuk mengambil bagian atau ikut menanggung bersama orang lain. French dkk (1960) mengartikan partisipasi sebagai suatu proses dimana dua atau lebih pihak-pihak yang terlibat, saling pengaruh mempengaruhi satu sama lain dalam membuat keputusan yang mempunyai akibat di masa depan bagi semua pihak. Partisipasi mengandung tiga elemen, yaitu : pengambilan keputusan atau pemecahan masalah, interaksi dan kesederajatan kekuasaan. Pengambilan keputusan atau pemecahan masalah berkaitan dengan suatu proses untuk mengatasi adanya kesenjangan antara keadaan yang ada dan keadaan yang diinginkan. Untuk berlangsungnya proses ini, maka semua pihak yang (seharusnya) terlibat dalam pengambilan keputusan harus menyadari akan adanya masalah, termotivasi untuk mengatasinya dan memiliki kemampuan serta sumber untuk mengatasi masalah.

Dalam partisipasi terkandung pengertian adanya beberapa pihak yang terlibat melalui suatu proses interaksi. Interaksi yang berlangsung harus didasari atas azas kesamaan atau kesederajatan kekuasaan dan bukan didasari atas hubungan "atasan- bawahan". Ini tidak berarti bahwa tidak ada perbedaan antara pihak-pihak yang terlibat dalam pengambilan keputusan, karena masing-masing pihak bisa mempunyai status formal atau keahlian yang berbeda. Tetapi yang penting adalah adanya interaksi yang dilandasi atas kesederajatan kekuasaan dimana keahlian dan sumber-sumber yang dimiliki masing-masing pihak lalu dipadukan untuk pemecahan masalah.

Dalam konteks PHC, maka partisipasi masyarakat merupakan hal yang penting, karena upaya kesehatan primer merupakan suatu kegiatan kontak pertama dari suatu proses pemecahan masalah kesehatan. Melalui partisipasi masyarakat maka kesenjangan yang ada antara *provider* dan *consumer* dicoba untuk dijumpai, melalui partisipasi masyarakat potensi setempat dicoba untuk didayagunakan dan melalui partisipasi ini proses belajar akan berlangsung lebih efektif, sehingga mempercepat peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam hal kesehatan, seperti yang menjadi tujuan dari pembangunan kesehatan.

### **Peranan dan kedudukan kader kesehatan dalam PHC**

Salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam PHC adalah menjadi kader kesehatan. Seorang kader kesehatan merupakan warga masyarakat yang terpilih dan diberi bekal ketrampilan kesehatan melalui pelatihan oleh sarana pelayanan kesehatan/Puskesmas setempat. Kader kesehatan inilah yang selanjutnya akan menjadi motor penggerak atau pengelola dari upaya kesehatan primer. Melalui kegiatannya sebagai kader ia diharapkan mampu menggerakkan masyarakat untuk melakukan kegiatan yang bersifat swadaya dalam rangka peningkatan status kesehatan. Kegiatan-kegiatan yang

dilakukan meliputi kegiatan yang sifatnya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.

Meskipun pengobatan tradisional atau *self-treatment* merupakan hal yang sudah dikenal oleh masyarakat banyak, tetapi upaya kesehatan primer yang dikelola oleh kader merupakan hal yang masih baru bagi masyarakat. Pada pengobatan tradisional, misalnya oleh dukun bayi atau dukun patah tulang, maka pelaku aktif kegiatan pengobatan tradisional merupakan figur yang sudah dikenal oleh masyarakat karena disini biasanya terjadi proses "alih generasi" melalui faktor keturunan. Hal ini memberikan suatu kredibilitas tersendiri bagi dukun ybs, khususnya kredibilitas dalam segi kemampuan (*competent credibility*) maupun kredibilitas dalam segi kepercayaan (*safety credibility*).

Pengelolaan kegiatan upaya kesehatan primer dilain pihak dilaksanakan oleh kader Kesehatan yang sebelumnya seringkali tidak dikenal mempunyai ketrampilan kesehatan/pengobatan. Meskipun figur kader itu sendiri bukan orang yang asing bagi masyarakat sekitarnya, tetapi peranannya sebagai seorang yang mempunyai ketrampilan di bidang kesehatan/pengobatan adalah merupakan hal baru bagi masyarakat lingkungannya. Oleh karena itulah seorang kader seringkali memulai kegiatannya tanpa bekal dari segi *competent credibility*. Dalam hal kader tersebut sebelumnya memang sudah merupakan seorang tokoh masyarakat yang disegani, maka disini kader tersebut setidaknya sudah memiliki *safety credibility*.

Faktor kredibilitas ini merupakan hal yang penting dimiliki oleh seorang kader kesehatan, karena tanpa kredibilitas maka ia tidak akan dapat mengembangkan peranannya untuk mengelola suatu upaya kesehatan primer. Disinilah peranan petugas kesehatan atau lembaga pelayanan kesehatan profesional setempat menjadi penting untuk membantu kader kesehatan memperoleh kredibilitas di mata masyarakat

lingkungannya . *Competent credibility* bisa diperoleh melalui pelatihan ketrampilan di bidang tehnik-tehnik kesehatan sederhana, sehingga seorang kader kesehatan mampu memberikan nasehat-nasehat tehnik kepada masyarakat yang memerlukannya. Melalui ketrampilan ini secara bertahap ia akan mengembangkan citra-dirinya sebagai seorang yang dapat dipercaya (*safety credibility*). Bekal kredibilitas ini akan membantunya untuk secara efektif menjalankan peran sebagai pengelola upaya kesehatan primer. Petugas kesehatan setempat bisa membantu kader untuk memperoleh kredibilitas ini jika antara petugas dan kader bisa dikembangkan suatu interaksi yang bersifat *partnership*, jika pembimbingan (supervisi) dilaksanakan secara edukatif. Memperlakukan kader kesehatan hanya sekedar sebagai perpanjangan tangan (*extension*) dari petugas atau bahkan sebagai "pembantu" petugas akan menyebabkan kader kehilangan kredibilitasnya di mata masyarakat. Bagi kader sendiri perlakuan seperti itu terhadap dirinya jelas bukan merupakan sesuatu yang *rewarding*. Dampaknya akan terlihat dalam bentuk tidak berjalannya upaya kesehatan primer yang dikelola kader atau dalam bentuk tingginya *drop-out* kader.

Dalam pengembangan kader kesehatan terdapat unsur kesukarelaan (*volunteerism*) yang merupakan hal penting, karena fungsi sebagai kader memang merupakan suatu tugas sosial. Tetapi ini tidak berarti seorang kader tidak memerlukan penghargaan (*reward*), baik yang sifatnya non-material ataupun yang bersifat material. Tidak adanya mekanisme pemberian penghargaan untuk kader dapat mempengaruhi kelestarian kegiatan kader. Oleh karena itu perlu dikembangkan suatu mekanisme, dimana secara *built-in* fungsi sebagai kader merupakan sesuatu yang menimbulkan kepuasan (*rewarding*). Kepuasan ini timbul jika kader merasakan bahwa kredibilitasnya menjadi meningkat dengan aktivitasnya sebagai kader.

ooo000ooo

## 7

### DIFUSI INOVASI

Difusi inovasi adalah proses dimana sebuah inovasi dikomunikasikan melalui beberapa saluran selama periode waktu tertentu kepada anggota dari sebuah sistem sosial (Rogers, 1973). Inovasi adalah sebuah gagasan, praktek atau obyek tertentu yang dianggap baru oleh seseorang (Rogers, 1973).

Konsep difusi inovasi ini lahir dari penelitian-penelitian tentang proses penerimaan teknologi-teknologi baru di bidang pertanian oleh para petani di Amerika Serikat, dan telah dikembangkan sejak tahun 1940. Dalam perkembangannya konsep ini juga digunakan dalam bidang-bidang non pertanian seperti misalnya program KB. Karena hakekat pelaksanaannya agak berbeda, maka penggunaan konsep ini dalam bidang KB menggunakan beberapa penyesuaian. Model yang digunakan dalam bidang pertanian dikenal sebagai model klasik difusi inovasi.

Dalam model klasik difusi inovasi digambarkan proses penyebaran/penerusan dari suatu gagasan (yang dianggap) baru dalam suatu kurun waktu tertentu, dimana akhirnya dapat dibedakan beberapa macam "penerima" gagasan sesuai dengan derajat kecepatan adopsinya yang berbeda-beda. Berdasarkan perhitungan-perhitungan statistik maka setelah suatu kurun waktu tertentu sejak dikomunikasikannya inovasi kepada kelompok masyarakat tertentu maka Terlihat bahwa setelah kurun waktu tertentu dapat dibedakan lima kategori adopter yang distribusinya secara keseluruhan membentuk kurve distribusi normal, yaitu : 1) *Inovator*, 2) *Early Adapter*, 3). *Early majority*, 4). *Late majority* dan 5). *Laggard*.

Secara akumulatif, distribusi daripada kelima kategori adopter tersebut juga dapat digambarkan membentuk kurve S. *Inovator* dan *early adopter* merupakan kelompok

masyarakat yang dalam waktu singkat mengadopsi inovasi, sedangkan *laggard* merupakan kelompok masyarakat yang paling akhir mengadopsi inovasi tersebut. Jika digunakan perhitungan-perhitungan statistik, maka dari kelima kategori adopter tersebut, *early majority* dan *late majority* merupakan jumlah terbesar, sedangkan *innovator* merupakan minoritas.

Seperti telah disebutkan sebelumnya, inovasi adalah setiap gagasan, praktek atau obyek tertentu yang dianggap baru oleh seseorang, sekelompok orang atau sistem sosial tertentu. Dibutuhkan kurun waktu tertentu sebelum gagasan tersebut juga diterima oleh orang lain. Kesempatan penyebaran gagasan tersebut dipengaruhi oleh karakter dari inovasi itu sendiri dan karakter dari anggota masyarakat. Beberapa karakter inovasi yang mempengaruhi kecepatan penyebaran adalah :

1. Manfaat relatif (*relative advantage*)  
Inovasi yang dinilai sebagai lebih bermanfaat (dari segi sosial maupun ekonomi) akan lebih cepat diterima. Penilaian kemanfaatannya disini tidak hanya berdasarkan kriteria obyektif, tetapi kriteria subyektif juga sangat berpengaruh.
2. Kesesuaian (*compatibility*)  
Yang dimaksud disini adalah kesesuaiannya dengan nilai-nilai, pengalaman masa lalu dan kebutuhan seseorang. Semakin tinggi derajat kesesuaiannya, semakin cepat difusinya.
3. Kerumitan (*complexity*)  
Suatu inovasi yang dinilai sulit dimengerti atau diterapkan, akan lebih lambat difusinya.
4. Dapat dicoba (*trialability*)  
Inovasi yang dapat dicoba lebih dulu secara terbatas akan lebih cepat diterima.
5. Dapat diamati (*observability*)  
Inovasi yang hasilnya dapat segera dilihat akan lebih cepat diadopsi

Tidak semua orang mempunyai kemampuan adopsi yang sama terhadap suatu inovasi. Ini dipengaruhi juga oleh ciri-ciri individu tersebut sehingga terdapat perbedaan dalam keterbukaan dan kecepatannya untuk mengadopsi hal-hal baru.

Ciri-Ciri Dari Lima Kategori Adopter (Gwyn Jones, 1972)

Kategori Adopter	Ciri-ciri Individu	Sifat Hubungan Sosial	Perilaku Komunikasi
Inovator	Status sosial tinggi, lingkup usaha besar dan spesialis, kaya, usia muda, pendidikan tinggi, berpengalaman diluar lingkungan pertanian.	Leader, berani mengambil risiko, kosmopolitan.	Mempunyai hubungan sangat baik dengan sumber-sumber informasi ilmiah, interaksi aktif dengan sesama inovator, sangat mampu memanfaatkan saluran komunikasi non-personal.
Early Adopter	Status sosial tinggi, lingkup usaha besar dan spesialis.	Dihargai dan dilihat oleh sesamanya sebagai contoh, opinion leader yang sangat berpengaruh.	Hubungan sangat baik dengan penyuluh pertanian, mampu memanfaatkan informasi dari media massa.
Early Majority	Status sosial menengah-atas, lingkup usaha rata-rata.	Bersedia mempertimbangkan hal-hal baru jika kelompoknya juga menerima ide tsb.	Mempunyai hubungan dengan penyuluh pertanian dan kelompok early adopter, kontak dengan media massa.
Late Majority	Status sosial menengah-bawah,	Skeptis, membutuhkan	Terutama berhunungan dengan sesama early dan late majority,



	lingkup usaha kecil, pendapatan relatif rendah.	dorongan kelompok sebelum menerima ide baru.	jarang berhubungan dengan media massa.
Laggard	Status sosial rendah, lingkup usaha kecil, pendapatan rendah, usia lanjut, pendidikan rendah.	Berorientasi pada masa lalu, menghindari risiko, terpengaruh dari pergaulan sosial.	Sumber informasi t.u dari tetangga, teman dan sanak keluarga yang mempunyai persamaan nilai, curiga terhadap penyuluh pertanian.

Menurut Rogers, terjadinya adopsi berlangsung melalui 4 tahapan yaitu : 1) *Knowledge* (Pengetahuan), 2).*Persuasion* (Persuasi), 3). *Decision* (Keputusan). 4) *Confirmation* (Konfirmasi).

Pada tahap *knowledge* maka kelompok sasaran memperoleh informasi tentang sebuah inovasi, baik melalui perantara media massa maupun komunikasi interpersonal. Setelah mendengar dan mengetahui informasi ini, pada tahap *persuasion* terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai). Selanjutnya kelompok sasaran akan mengambil keputusan (*decision*) apakah dia akan mengadopsi inovasi tersebut (*adoption*) atau tidak (*rejection*). Setelah pengambilan keputusan tersebut maka tahap selanjutnya adalah *confirmation* dimana kelompok sasaran bisa menilai apakah keputusan yang telah diambil sebelumnya akan tetap dilanjutkan (*continue adoption*) atau selanjutnya ditolak (*later rejection*).

Tahapan seperti tersebut diatas merupakan koreksi terhadap konsep sebelumnya yang terdiri dari *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption*. Konsep ini

dikoreksi karena menurut Rogers, tidak seluruh proses akan berakhir dengan adopsi. Alasan lain karena tahap evaluasi bukan hanya terjadi setelah tahap *interest* saja tetapi juga pada berbagai tahap lain.

Tahap konfirmasi merupakan bagian penting yang sering terabaikan dalam banyak upaya pelayanan kesehatan kita. Hal ini terjadi karena diasumsikan bahwa proses adopsi selesai dengan adanya keputusan untuk menggunakan produk pelayanan kesehatan tertentu (misalnya pelayanan posyandu, penggunaan kontrasepsi, pelayanan vaksinasi dsb). Dari skema diatas dapat dilihat bahwa setelah pengambilan keputusan untuk menggunakan produk masih dilanjutkan dengan tahap konfirmasi dimana keputusan yang sudah diambil sebelumnya bisa berubah jika kelompok sasaran mengalami kekecewaan terhadap produk pelayanan yang diterima. Oleh karena itu penting sekali mengembangkan pelayanan “purna jual” dimana petugas kesehatan tetap menjaga kualitas pelayanan dan hubungannya dengan konsumen agar konsumen tetap puas terhadap produk yang telah digunakannya.

ooo000ooo

## 8

**PERANAN LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT MENUJU  
PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT YANG  
BERKELANJUTAN DAN DILANDASI PENDEKATAN  
KEMANDIRIAN**

Kompleksitas masalah kesehatan menyebabkan penanganan masalah kesehatan tidak bisa hanya ditangani secara mono-sektoral, atau hanya oleh pihak pemerintah saja. Tujuan pembangunan kesehatan yang dijabarkan dalam Sistem Kesehatan Nasional jelas menyebutkan bahwa yang ingin dicapai bukan sekedar meningkatkan derajat kesehatan saja, tetapi meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat. Ini berarti peranserta masyarakat dalam arti luas harus ditumbuhkan dan ditingkatkan. Jika peningkatan derajat kesehatan bisa ditafsirkan (secara sempit) sebagai tanggung jawab petugas kesehatan, maka jelas bahwa peningkatan kemampuan hidup sehat mempunyai arti yang lebih luas dan tidak bisa hanya dilihat sebagai tanggung jawab petugas kesehatan saja tetapi juga tanggung jawab bersama semua pihak.

Lembaga Swadaya Masyarakat atau LSM adalah suatu organisasi masyarakat yang berada diluar jalur/struktur formal pemerintah, dan tidak dibentuk oleh atau merupakan bagiandari birokrasi pemerintah (Ismid Hadad, 1983). LSM bukan sekedar organisasi tetapi merupakan suatu wadah kemasyarakatan yang memberikan perhatian pada pemberdayaan dan pengembangan swadaya masyarakat, melalui pengembangan sumber daya manusiawi. Meskipun merupakan organisasi yang tidak merupakan bagian dari struktur formal pemerintah, LSM bukanlah suatu organisasi tandingan bagi pemerintah tetapi mitra dalam upaya menuju tercapainya cita-cita pembangunan.

Keberadaan LSM merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari berbagai unsur lain dalam pembangunan masyarakat. Secara historis, keberadaan lembaga non pemerintah sebetulnya sudah ada sejak sebelum diproklamasikannya Negara Kesatuan Republik Indonesia pada tahun 1945. Organisasi seperti Taman Siswa, Budi Utomo, Muhammadiyah adalah contoh organisasi non pemerintah yang keberadaannya mempunyai sejarah yang bahkan lebih panjang dari keberadaan Republik Indonesia. Oleh karena itulah keterlibatan LSM dalam upaya pembangunan masyarakat sudah merupakan sebuah kenyataan sejarah, meskipun selama masa Orde Baru banyak dilontarkan pandangan negatif tentang LSM oleh sejumlah pejabat pemerintah akibat ketakutan mereka terhadap sikap kritis LSM terhadap kebijakan pembangunan pemerintah.

Seorang tokoh LSM Abdurrahman Wahid menyatakan bahwa LSM merupakan salah satu dari tujuh unsur kekuatan pembangunan, yang seluruhnya terdiri dari : ABRI, Birokrasi pemerintahan, Organisasi sosial politik, Organisasi profesi, Organisasi massa, Lembaga swadaya masyarakat, Pers/media massa

Ruang lingkup kerja LSM sangat beraneka ragam karena berbagai LSM menangani berbagai masalah yang merupakan refleksi dari masalah-masalah yang ada di masyarakat. Pembahasan disini dibatasi hanya pada kegiatan LSM yang berkaitan dengan Kesehatan (termasuk didalamnya keluarga berencana, lingkungan hidup dan kependudukan).

Dalam kegiatan-kegiatannya, LSM pada hakekatnya mengembangkan tiga jenis fungsi atau peran. Yang pertama adalah fungsi yang bersifat *komplementer*. Disini LSM menggarap permasalahan yang karena satu dan lain hal tidak atau belum digarap oleh pemerintah. Sebagai contoh adalah kegiatan pemberantasan cacangan yang sudah tidak ditangani secara langsung oleh Dep. Kesehatan dan kemudian digarap oleh LSM.

Yang kedua adalah fungsi *subsider* atau peran tambahan. Disini LSM melaksanakan kegiatan-kegiatan yang bersifat menunjang atau menjadi pelaksana dari program-program pembangunan pemerintah yang ada. Misalnya kegiatan pemberian pelayanan di bidang kesehatan dan keluarga berencana melalui klinik atau balkesmas. Yang ketiga adalah fungsi *penghubung* dimana LSM menjembatani program pemerintah yang belum mampu menjangkau kelompok masyarakat tertentu, seperti kelompok miskin di daerah kumuh. Melalui struktur organisasinya yang lebih fleksibel, LSM memang mempunyai potensi untuk dapat menjangkau kelompok-kelompok seperti ini.

Sebagai organisasi atau wadah kemasyarakatan yang tumbuh dari bawah, LSM mempunyai beberapa kesamaan atau ciri umum yang menonjol. Karena sifatnya yang "tumbuh dari bawah" dalam arti bukan merupakan organisasi "bentukan dari atas" (oleh pemerintah), LSM biasanya dikelola oleh sekelompok orang yang mempunyai motivasi dan komitmen kerja yang tinggi. Dalam mengembangkan kegiatannya, kemampuan mengurus diri sendiri (*self-management*) dan kemandirian dalam mengembangkan kegiatannya (*self-reliance*) merupakan pola kerja yang dikembangkan oleh LSM. LSM pada umumnya merupakan suatu organisasi yang relatif kecil dengan pola komunikasi diantara sesama anggotanya yang cukup efektif, sehingga dengan cepat mampu membuat penyesuaian-penyesuaian diri dalam menghadapi situasi lapangan dan tidak terjebak pada birokrasi yang kaku dan bertele-tele.

Dalam kehidupan berbangsa dan bernegara maka kita bisa menemui berbagai fenomena sosial yang menarik dikaitkan dengan keberadaan LSM. Dalam upaya pemerintah (Orde Baru) untuk meredam sikap kritis masyarakat maka dilakukanlah berbagai upaya untuk merekayasa keberadaan LSM dengan melahirkan organisasi *pseudo* LSM (LSM semu) yang sebetulnya merupakan alat kepanjangan pemerintah

untuk melakukan mobilisasi dan kontrol terhadap masyarakat. Dapat disebutkan disini organisasi seperti PKK, Dharma Wanita, KNPI dsb yang diklaim sebagai organisasi non pemerintah tetapi sangat dekat dengan keberadaan struktur birokrasi pemerintahan. Melalui organisasi seperti ini dilakukanlah mobilisasi dan kontrol terhadap masyarakat serta upaya pengkaderan “pemimpin” masa depan yang disukai, dapat diterima dan dapat dikendalikan oleh pemerintah.

Di tingkat desapun juga terjadi rekayasa terhadap keberadaan lembaga/wadah partisipasi masyarakat. Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) yang diposisikan sebagai sebuah wadah partisipasi masyarakat, sebagai sebuah “parlemen” desa dan sebagai mitra kerja eksekutif desa sarat dipenuhi dengan berbagai rekayasa. Ini terlihat dengan posisi Kepala Desa/Lurah yang merangkap sebagai Ketua Umum LKMD, isteri Kepala Desa yang juga merupakan salah satu Ketua LKMD. Melalui rekayasa seperti ini maka melalui berbagai wadah semu partisipasi masyarakat dilakukanlah kontrol dan mobilisasi masyarakat dengan kemasam partisipasi masyarakat.

Berbagai upaya diatas merupakan contoh kecil dari dari sebuah skenario besar untuk mengkerdikan potensi dan sikap kritis masyarakat melalui upaya pembonsaian sehingga “partisipasi masyarakat” dapat tetap terkendali dan bisa dijadikan sebagai sebuah bahan “tontonan” yang indah kepada berbagai tentang keterlibatan masyarakat dalam upaya pembangunan. Bukankah sebuah bonsai memang merupakan sebuah hasil karya seni yang indah dan artistik serta dibentuk melalui sebuah upaya pengkerdilan yang sistematis?

Sebagai organisasi yang mengemban misi sosial, maka lingkup kegiatan LSM adalah kegiatan sosial kemasyarakatan yang sifatnya non-profit. Tetapi ini tidak berarti bahwa orientasi non-profit ini diwujudkan dengan pendekatan yang kharitatif (derma, sedekah). Sebagai sebuah organisasi LSM harus mampu mengembangkan kegiatan

yang berkelanjutan diatas prinsip kemandirian<sup>1</sup>. Oleh karena itulah yang dikembangkan oleh LSM adalah bukan sekedar "memberikan ikan" tetapi "mengajarkan bagaimana caranya memancing ikan". Pengertian non-profit itu sendiri juga bukan berarti mengharamkan keuntungan, karena untuk dapat melaksanakan kegiatannya secara berkelanjutan maka LSM perlu memiliki kemampuan untuk menghimpun sumber daya untuk kelanjutan kegiatan organisasi. Penilaian sampai sejauh mana sebuah LSM sudah berorientasi profit atau masih tetap non-profit bisa dilihat misalnya dari segi kegiatannya, apakah masih memiliki pemihakan untuk permasalahan dan kepentingan kelompok masyarakat menengah-bawah dan apakah masih tetap mementingkan upaya yang bersifat mendidik dan menumbuhkan masyarakat.

Selain bersifat non-profit, maka sebuah LSM juga harus memiliki wawasan yang bersifat non-sektarian, non-partisan dan non-diskriminatif. Non-sektarian artinya dalam kegiatannya, tidak dilakukan pembedaan pelayanan berdasarkan agama. Meskipun ada LSM berbasiskan agama, tetapi kegiatannya tidak boleh dikhususkan hanya untuk warga masyarakat yang memiliki kesamaan agama dengan LSM tersebut. Non-partisan artinya kegiatan LSM tersebut tidak boleh dikaitkan dengan kegiatan partai politik atau kelompok tertentu. Non-diskriminatif berarti kegiatan yang dilakukan tidak boleh dilaksanakan secara diskriminatif seperti misalnya berdasarkan etnik tertentu atau kriteria lain seperti misalnya tidak bersedia memberikan pelayanan kepada mereka yang HIV positif.

Dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan dan dikaitkan dengan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, maka berbagai LSM yang sudah bergerak dalam kegiatan pelayanan

kesehatan dan keluarga berencana perlu dimanfaatkan secara maksimal oleh pemerintah.

Pada tingkat operasional (kelurahan dan kecamatan), penanggung jawab kesehatan berada pada puskesmas, sebagai bagian dari aparat pemerintahan setempat. Pengertian penanggung jawab tidaklah berarti bahwa seluruh permasalahan kesehatan harus ditangani hanya dan oleh puskesmas saja. Salah satu fungsi yang bisa dijabarkan dalam kedudukannya sebagai penanggung jawab bidang kesehatan adalah fungsi koordinasi. Dalam fungsi ini, puskesmas harus mampu untuk mengkoordinasikan berbagai potensi setempat yang bisa didayagunakan untuk peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, termasuk keberadaan berbagai upaya kesehatan yang ditangani oleh berbagai organisasi masyarakat. Disini dituntut kemampuan personil puskesmas untuk bersedia melakukan pendekatan secara bersahabat kepada berbagai pihak sehingga fungsi koordinasi tersebut berjalan secara optimal. Harus dihindari sikap-sikap otoriter atau "sok kuasa" hanya karena kewenangannya sebagai penanggung jawab masalah kesehatan. Dengan pendekatan yang baik, puskesmas bisa mendayagunakan LSM Kesehatan setempat yang ada sehingga LSM tersebut bisa melaksanakan ketiga fungsinya, yaitu fungsi komplementer, subsider dan penghubung. Kemampuan untuk melakukan pendekatan kepada LSM yang ada pada akhirnya akan memudahkan dan meringankan pekerjaan puskesmas.

Pada tingkat yang lebih tinggi (wilayah kota dan propinsi), dinas atau sudin kesehatan juga perlu memiliki wawasan yang sama tentang bagaimana mendayagunakan potensi semua pihak untuk terlibat aktif dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Pada tingkat ini bisa dikembangkan forum komunikasi dimana secara berkala dapat dipertemukan berbagai pihak yang peduli terhadap masalah kesehatan. Melalui



forum-forum seperti ini selanjutnya dapat dikembangkan kerjasama dan pembagian tugas dengan berbagai pihak.

Dalam mengembangkan kerjasama dengan aparat pemerintah, maka LSM berpotensi untuk menjangkau kelompok tertentu seperti kelompok yang berperilaku risiko tinggi dalam hal penularan PMS atau HIV/AIDS. Untuk kelompok marginal seperti ini, pendekatan yang dilakukan oleh LSM adalah pendekatan yang bersifat pendampingan dan pemberdayaan dengan cara terjun langsung dan bekerja bersama-sama dengan kelompok-kelompok tersebut. Dengan pendekatan seperti ini maka uluran kerjasama dari LSM biasanya disambut baik oleh kelompok-kelompok tersebut. Melalui kerjasama ini selanjutnya dilakukan upaya penanggulangan HIV/AIDS. Pada pihak lain, pendekatan yang dilakukan oleh aparat pemerintah lebih bersifat sebagai sebuah upaya penertiban (*enforcement*). Ini terlihat dengan kegiatan-kegiatan razia, penggarukan, penggerebekan dsb terhadap kelompok-kelompok pekerja seks, waria, anak jalanan dsb. Dengan pendekatan penertiban ini, maka terbentuklah sikap konfrontasi dan antipati dari kelompok sasaran. Akibatnya akan sulit bagi aparat pemerintah untuk melakukan upaya pendampingan atau pemberdayaan pada kelompok ini, karena relasi hubungan sudah terpola sebagai hubungan anantara petugas dan obyek penertiban.

Dalam upaya mengembangkan kerjasama yang serasi dengan LSM, penulis mengidentifikasi beberapa hal yang sering menjadi "ganjalan", yang merupakan akibat dari perbedaan persepsi satu sama lain, baik dari pihak (oknum) pemerintah terhadap LSM maupun dari pihak (oknum) LSM terhadap unsur pemerintah.

Dari pihak pemerintah terdapat persepsi tentang LSM I :

1. LSM adalah organisasi yang "banyak duit".
2. LSM bersifat radikal dan politis
3. LSM mempunyai motivasi mencari untung (*profit-oriented*)

Dari pihak LSM juga ada persepsi tentang pemerintah :

1. Organisasi pemerintah selalu kaku dan berbelit-belit
2. Aparat pemerintah bersifat arogan dan sok kuasa
3. Aparat pemerintah selalu mendiskreditkan LSM

Adanya saling berprasangka yang tidak sehat akan menyebabkan terhambatnya kerjasama. Kedua belah pihak perlu menghilangkan prasangka yang tidak selalu bisa digeneralisasi ini, sehingga kerjasama yang baik selanjutnya bisa dikembangkan.

ooo000ooo

## STUDI KASUS

### PENERAPAN PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN MELALUI UPAYA PENGORGANISASIAN DAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT (PPM)

Pendidikan dan promosi kesehatan bertujuan untuk merubah perilaku. Tujuan ini dicapai dengan melakukan sejumlah upaya yang dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Penyampaian informasi dan motivasi secara individu, melalui kegiatan konsultasi, konseling dengan secara lisan atau dengan memanfaatkan berbagai bentuk media seperti buklet, lembar balik, liflet, poster, *self assessment* dengan menggunakan komputer dsb.
2. Penyampaian informasi dan motivasi secara kelompok, melalui kegiatan penyuluhan kelompok secara lisan dan/atau dengan menggunakan berbagai bentuk media baik yang bersifat audio, video, cetak maupun penggunaan berbagai forum seperti teater, pameran dsb.
3. Peningkatan ketrampilan melalui pelatihan, kerja kelompok, penggunaan program berbantuan komputer (*computer assisted*) dsb.
4. Advokasi untuk melakukan perubahan kebijakan, perundang-undangan atau peraturan agar mendukung tercapainya upaya perubahan perilaku.
5. Penggerakan masyarakat melalui pemberdayaan dan pendampingan masyarakat dalam upaya pemecahan masalah kesehatan, yang disebut sebagai upaya pengorganisasian dan pengembangan masyarakat (PPM).

Dalam uraian berikut akan diangkat beberapa contoh kasus dari lapangan. Penerapan PPM di masyarakat dapat meliputi masyarakat sebagai kelompok pemukim yang ada di satuan wilayah tertentu seperti desa dan kecamatan, tetapi juga bisa meliputi sekelompok manusia yang tinggal atau bekerja di lingkungan tertentu seperti di sekolah, kampus, rumahsakit, pabrik, gedung/kompleks perkantoran dsb (Ewles dan Simnett, 1994; Glanz dkk, 1996). Pengertian masyarakat juga bisa dalam arti masyarakat umum atau masyarakat “khusus” seperti yang ada di lembaga pemasyarakatan atau lokalisasi pelacuran.

Dalam upaya PPM, seorang petugas dapat melaksanakannya secara langsung dengan mengorganisasikan warga masyarakat atau dengan cara tidak langsung melalui pemanfaatan berbagai organisasi sosial yang hidup di masyarakat. Organisasi ini ada yang dikategorikan sebagai kelompok swadaya masyarakat (KSM) seperti misalnya kelompok pengajian, arisan, pertanian, remaja dsb. Sesuai dengan sifatnya, maka KSM merupakan organisasi yang informal, dibentuk untuk mewadahi kegiatan di masyarakat dan dikelola oleh tenaga yang sifatnya relawan. Bentuk organisasi lain adalah yang sudah bersifat kelembagaan formal atau sebagai sebuah badan hukum, yang disebut sebagai lembaga swadaya masyarakat (LSM). Organisasi ini bersifat formal dan dibentuk serta dikelola secara profesional oleh tenaga yang sebagian besar bersifat *full time* dan/atau dikombinasikan dengan tenaga yang bersifat relawan (*volunteer*)

Dalam bekerjasama dengan berbagai organisasi masyarakat tersebut, maka aparat pemerintah perlu lebih mengambil peran yang bersifat fasilitasi untuk mendorong tumbuhnya keswadyaan masyarakat. Oleh karena itu perlu diupayakan untuk

memanfaatkan wadah organisasi yang ada (dalam bentuk LSM) daripada membentuk yang baru.

### **Kasus : POSYANDU**

Konsep Posyandu dimunculkan pada tahun 1984 sebagai penggabungan dari berbagai pos swadaya masyarakat untuk kegiatan penimbangan balita (Pokbang Gizi), Pos Kesehatan, Pos KB. Dengan penggabungan ini, berbagai upaya swadaya masyarakat tsb diintegrasikan dalam sebuah pos pelayanan kesehatan terpadu (Posyandu).

Pada era sebelum 1984, lahirnya berbagai pos swadaya masyarakat tersebut merupakan perwujudan dari keinginan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan secara swadaya yang lalu dijadikan sebagai sebuah kebijakan internasional oleh WHO dan Unicef dalam Konferensi Alma Ata pada tahun 1978, yaitu *Primary Health Care*, yang di Indonesia disebut sebagai Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Bersama-sama dengan anggota PBB lain, Indonesia bersepakat untuk mencapai Kesehatan Untuk Semua pada tahun 2000 (*Health for All 2000*).

Dalam konsep PHC ini, masyarakat diposisikan sebagai subyek yang berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu dilakukanlah berbagai pelatihan untuk para wakil masyarakat untuk menjadi kader kesehatan. Setelah mengikuti pelatihan maka para kader kesehatan kemudian mengembangkan berbagai pos swadaya masyarakat sebagai sebuah wujud partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pengelolaan pos-pos swadaya masyarakat tsb dilakukan sepenuhnya oleh para kader kesehatan dengan bimbingan teknis dari aparat kesehatan dan aparat pemerintah

lain (seperti BKKBN, pertanian, agama dsb). Para kader kesehatan misalnya dibekali dengan ketrampilan untuk melakukan pengobatan sederhana selain ketrampilan untuk melakukan upaya penyuluhan bagi masyarakat. Sebagai hasilnya lahirlah berbagai pos swadaya masyarakat seperti Pos Kesehatan, Pos Penimbangan dan Pos KB.

Atas pertimbangan untuk memadukan berbagai pos swadaya tersebut maka muncullah gagasan Posyandu pada tahun 1984. Dalam Posyandu ini disatukanlah berbagai pos swadaya masyarakat yang semula dilaksanakan secara terpisah dan dilaksanakan di tempat yang berbeda.

Gagasan memadukan berbagai pos swadaya masyarakat tersebut juga diikuti dengan gagasan lain untuk memadukan pelayanan kesehatan oleh kader dan oleh petugas kesehatan. Ini diwujudkan dalam bentuk sistim lima meja dimana empat meja ditangani oleh kader dan meja ke lima oleh petugas kesehatan (untuk pelayanan imunisasi, kontrasepsi selain kondom dan pil, ante natal dan masa nifas).

Masuknya unsur petugas dalam struktur posyandu menyebabkan terjadinya perubahan yang fundamental dalam pengelolaan posyandu yang semula sepenuhnya dilaksanakan oleh kader. Kondisi ini ikut mempengaruhi kemandirian kader dan secara berangsur meningkatkan ketergantungan kader kepada petugas. Jika semula penyelenggaraan posyandu sepenuhnya diatur oleh kader, maka dengan adanya meja ke lima yang ditangani petugas kesehatan, penetapan hari kerja posyandu juga harus ditetapkan dengan persetujuan petugas. Pos kesehatan yang semula menyediakan pelayanan setiap saat kemudian berubah hanya menyediakan pelayanan posyandu satu hari dalam setiap bulannya. Keberadaan petugas di salah satu meja di posyandu juga menyebabkan masyarakat lebih memilih berkonsultasi tentang masalah kesehatan kepada petugas daripada ke kader.

Peran kader yang semula diberi kewenangan untuk memberikan pengobatan sederhana (dan oleh karena itu dirasakan manfaatnya secara kongkrit oleh masyarakat), akhirnya dicabut kembali dengan keberadaan petugas di meja ke lima. Bahkan kemudian muncul gagasan Pos Obat Desa yang pengelolaannya terpisah dari posyandu karena diserahkan kepada pemilik warung setempat.

Memudarnya peran kader kesehatan dan menurunnya kemandirian kader kesehatan dalam mengelola posyandu merupakan faktor-faktor yang tidak dapat dilepaskan dalam kemerosotan peran posyandu secara menyeluruh. Hal ini terlihat misalnya pada saat krisis moneter (1997-1999), dimana keberadaan sekitar 200 ribu lebih posyandu ternyata tidak mampu mendeteksi secara dini berbagai masalah gizi sehingga berakibat munculnya sejumlah besar kasus balita kurang gizi. Pada saat pemerintah kemudian mencoba menanggulangi masalah tersebut melalui penyediaan dana Jaring Pengaman Sosial (JPS), tidak terlihat dengan jelas sejauh mana posyandu yang menurut Depkes jumlahnya mencapai ratusan ribu tersebut, terlihat mampu memobilisasi bantuan JPS kepada keluarga miskin yang tersebar di berbagai tempat.

### **Telaah dari konsep PPM**

Upaya pelayanan posyandu seharusnya diposisikan sebagai sebuah upaya pemberdayaan masyarakat dan bukan sekedar penyediaan jasa pelayanan kesehatan. Oleh karena itu melalui upaya ini masyarakat harus diposisikan sebagai pelaku utama dan petugas sebagai pemeran “pembantu”<sup>2</sup>. Oleh karena itu menjadi terasa sangat ironis, bahwa upaya yang semula bergulir dan dikelola secara swadaya (pos kesehatan, pokbang gizi dan pos KB) kemudian berubah menjadi sebuah upaya

yang tidak lagi sepenuhnya swadaya akibat masuknya unsur petugas secara struktural dalam organisasi posyandu.

Keberadaan petugas dalam struktur posyandu menjadi titik awal dari berkurangnya kemandirian posyandu, karena petugas mengambil peran sebagai pelaksana (bersama dengan kader) dan bukan mengambil peran untuk memfasilitasi pengembangan posyandu. Jika salah satu alasan untuk memasukan unsur petugas dalam posyandu adalah untuk memudahkan pelayanan imunisasi atau pelayanan yang bersifat medis lainnya, maka hal itu sebetulnya dapat dilakukan tanpa menjadikan petugas sebagai bagian struktural dari posyandu. Juru imunisasi (atau petugas kesehatan lain) dapat datang pada saat kegiatan posyandu dan tidak perlu masuk secara permanen dalam struktur posyandu.

Keberadaan petugas bersama-sama dengan kader juga berdampak dalam memudarkan peran kader, karena terjadi “persaingan” yang tidak *fair* (antara petugas profesional versus non-profesional/kader) dan akhirnya kader menjadi tersisih karena masyarakat lebih percaya kepada petugas (untuk konsultasi kesehatan misalnya) daripada bertanya ke kader.

Berkurangnya minat menjadi kader dan tingginya *drop-out* kader merupakan konsekwensi yang wajar dari berkurangnya peran strategis seorang kader dari peran seorang tokoh masyarakat menjadi sekedar “pembantu” petugas puskesmas. Dicabutnya kewenangan kader untuk memberikan pengobatan semakin memperparah kemerosotan peran kader. Situasi seperti ini telah membuat seorang kader kehilangan pamornya dan tidak ada lagi kebanggaan untuk menjadi seorang kader.

Ketidakmampuan posyandu untuk mendeteksi secara dini kasus balita kurang gizi dan mendistribusikan bantuan JPS secara efektif untuk keluarga miskin, merupakan



akibat dari penanganan posyandu yang lebih digunakan sebagai instrumen mobilisasi daripada sebagai sebuah wadah partisipasi masyarakat yang sesungguhnya. Hal ini tidak lepas dari modus kerja PKK sebagai instrumen mobilisasi masyarakat (khususnya kaum perempuan) yang oleh pemerintah masa Orde Baru memang dijadikan sebagai sebuah organisasi *semi NGO* atau bahkan sebagai *Government NGO* jika dilihat keterkaitan yang sangat erat antara organisasi PKK dan struktur pemerintah.

Modus kerja seperti tersebut diatas memang terasa sangat menonjol selama masa Orde Baru, dimana berbagai bentuk wadah (semu) partisipasi masyarakat dibentuk (seperti misalnya LKMD yang dipimpin oleh lurah dan ibu lurah sebagai salah satu ketuanya dan bukan ditangani sepenuhnya oleh tokoh masyarakat diluar pemerintahan desa) dan digunakan sebagai instrumen mobilisasi dan bagian dari mekanisme untuk mengontrol masyarakat.

## Daftar Pustaka

1. Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2005). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Jossey Bass A Wiley Imprint
2. Egger, G., Spark, R. & Donovan, R. (2005). *Health Promotion Strategies and Methods (Second edition)*. NSW: The McGraw-Hill Company
3. Morton, B.G.S., Greene, W.H., & Gottlieb, N.H. (2005). *Introduction to Health Education and Health Promotion (Second Edition)*. Waveland Press Inc
4. Naidoo, J. & Wills, J (2004). *Health Promotion Foundation for Practice (Second Edition)*. Bailliere Tindal
5. Notoatmodjo, S (2005) *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, PT Rineka Citra; Jakarta
6. World Health Organization. (2000). *Health Promotion Glossary*. Geneva