

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PEMICUAN : SOLUSI ALTERNATIF PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

**Tety Rachmawati
Rustika
Setia Pranata
Herti Windya Puspasari
Rozana Ika Agustiya
Syarifah Nuraini**



GET PRESS Indonesia

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PEMICUAN : SOLUSI
ALTERNATIF PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR**

Penulis:

Tety Rachmawati
Rustika
Setia Pranata
Herti Windya Puspasari
Rozana Ika Agustiya
Syarifah Nuraini

ISBN:

Editor: Dr. Trihono, MSc.

Dr. Rachmat Hargono

Dr. Sandi Iljanto (alm)

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak: Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan Syukur Alhamdulillah atas selesainya buku ini. Buku ini menggambarkan Pemberdayaan Masyarakat melalui Pemicuan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat (P2TMBM). Pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan P2TMBM adalah model pemberdayaan masyarakat yang menggunakan metode *Participatory Rural Appraisal* dimana masyarakat dalam hal ini ‘agen perubahan’ terlibat mulai dari tahap perencanaan sampai dengan penyelesaian masalah dengan melakukan aksi di masyarakat. Kekhususan dari metode ini adalah pemanfaatan teknologi fotografi dan videografi oleh masyarakat dalam identifikasi wilayah.

Kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini. Saran serta kritik membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan dan perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengelola program baik di Dinas Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan RI sehingga bermanfaat dalam rangka perencanaan dan pengambilan kebijakan selanjutnya untuk mendukung Program Pengendalian Penyakit Menular melalui Pengendalian Perilaku Merokok, Pola Makan dan Aktivitas fisik yang merupakan faktor resiko penyakit PTM terutama penyakit hipertensi, Stroke, DM dan Jantung Koroner.

Jakarta, Juni 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
BAB 1 UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR	1
BAB 2 PROSES PEMICUAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR BERBASIS MASYARAKAT (P2TMBM).....	6
2.1 Metode pendekatan P2TMBM	10
2.2 Metode Pemicuan	13
2.3. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pemicuan P2TMBM.....	14
2.4 Aktor dalam Model Pemicuan.....	16
2.4.1 Fasilitator.....	17
2.4.2 Agen Perubahan.....	18
2.5 Proses Pemicuan P2TMBM	18
BAB 3 PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP PERILAKU BERISIKO PTM.....	23
3.1 Pengetahuan tentang Perilaku Berisiko PTM.....	23
3.2 Sikap terhadap Perilaku Berisiko PTM	24
3.3 Intervensi untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Mengubah Sikap	24
3.4 Analisis Pengetahuan dan Sikap Agen Perubahan pada Daerah Kontrol dan Intervensi.....	25

BAB 4 TAHAPAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PEMICUAN UNTUK PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	27
4.1 Pelatihan Fasilitator.....	27
4.2 Pemilihan Agen Perubahan.....	28
4.2.1 Pemicuan Agen Perubahan.....	30
4.2.2 Membangun Komitmen.....	30
4.2.3 Identifikasi wilayah	32
BAB 5 AKSI AGEN PERUBAHAN.....	49
BAB 6 KENDALA DAN TANTANGAN	52
DAFTAR PUSTAKA	54
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. <i>Precaution Adoption Process Model</i>	8
Gambar 2. Teori <i>Health Believe Model</i> Rosenstock, 1966.....	9
Gambar 3. Model Pemicuan Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat.....	16
Gambar 4. Contoh Kalender Monitoring.....	50

BAB 1

UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit tidak menular (PTM) membunuh 41 juta orang setiap tahunnya, setara dengan 74% dari seluruh kematian di dunia. Setiap tahun, 17 juta orang meninggal karena NCD sebelum usia 70 tahun; 86% kematian dini terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Dari seluruh kematian akibat NCD, 77% terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah (WHO, 2023).

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian tidak menular terbanyak di dunia, atau 17,9 juta orang setiap tahunnya, diikuti oleh kanker (9,3 juta), penyakit pernafasan kronis (4,1 juta), dan diabetes (2,0 juta termasuk kematian akibat penyakit ginjal yang disebabkan oleh diabetes). Keempat kelompok penyakit ini menyumbang lebih dari 80% dari seluruh kematian dini akibat penyakit tidak menular (WHO, 2023).

Data WHO (2023) juga menyebutkan di kawasan Asia Tenggara Penyakit Tidak Menular (PTM), terutama penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, dan penyakit pernapasan kronis, menjadi beban utama dan terus meningkat pada kesehatan dan pembangunan di kawasan Asia Tenggara. Di kawasan ini, 62% dari semua kematian disebabkan oleh PTM yang mencapai 9 juta orang, dan yang menjadi perhatian khusus adalah tingginya proporsi kematian dini akibat PTM yaitu kematian sebelum usia 70 tahun.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, persentase penyakit tidak menular di Indonesia saat ini sebesar 69,91%. Prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain penyakit kanker, stroke, ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%, ginjal kronik naik dari 2% menjadi 3,8%, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%, dan hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%.

Secara nasional hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan 36,85% lebih tinggi dibanding dengan laki-laki 31,34%. 2 Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi 34,43% dibandingkan dengan perdesaan 33,72% (Riskesdas, 2018).

Riskesdas 2018 menyatakan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian (Riskesdas, 2018).

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi untuk penyakit kardiovaskuler di Indonesia meningkat menjadi 1,5% dari tahun 2013. Sedangkan prevalensi stroke di Indonesia meningkat sebanyak 3,9%, yaitu dari tahun 2013 sebanyak 7% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 10,9%. Data riskesdas juga menunjukkan prevalensi penyakit diabetes mellitus di Indonesia mulai dari tahun 2013 hingga 2018 mengalami peningkatan dari 6,9% menjadi 8,5%.

WHO (2023) menyebutkan bahwa penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, pola makan yang tidak sehat, dan polusi udara

semuanya meningkatkan risiko kematian akibat penyakit tidak menular.

Data Riskesdas 2018 juga menunjukkan bahwa pada tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013) menjadi 9,1% (Riskesdas 2018). Prevalensi konsumsi minuman beralkohol pun meningkat dari 3% menjadi 3,3%. Prevalensi aktivitas fisik kurang juga meningkat dari 26,1% menjadi 33,5%. Selain itu, prevalensi konsumsi buah dan sayur masih kurang pada penduduk usia ≥ 5 tahun yaitu sebesar 95,5%. Beberapa provinsi yang tinggi perilaku berisiko yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Banten.

Prevalensi obesitas pada orang dewasa di Indonesia naik dari 14,8% pada Riskesdas 2013 menjadi 21,8% pada Riskesdas 2018. Prevalensi obesitas remaja 13–15 tahun menurut data Riskesdas 2018 sebesar 4,8%. Jika dibandingkan data Riskesdas 2013, ada kenaikan dari 14,8 % menjadi 21,8 % (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan data tersebut dapat dikatakan bahwa saat ini terjadinya perubahan pola penyakit di masyarakat dari penyakit menular ke arah Penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan baru. PTM merupakan penyakit degeneratif, yang tidak dirasakan pada tahap awal sehingga sebagian besar dari masyarakat tidak memeriksakan kesehatannya dan pelayanan PTM di fasilitas pelayanan kesehatan belum optimal.

Dengan Keterbatasan tenaga kesehatan di puskesmas perlu ada inovasi dalam program promosi dan preventif dalam upaya pengendalian PTM. Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Pengendalian PTM sedang mengembangkan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM dengan harapan dapat meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pengendalian

faktor risiko PTM sebelum berkembang menjadi penyakit PTM dan komplikasinya.

Untuk keberhasilan program tersebut, dukungan masyarakat sangat penting untuk kelancaran kegiatan Posbindu PTM. Kegiatan ini ditujukan untuk remaja mulai umur 12 tahun hingga dewasa bahkan lansia baik yang memiliki faktor risiko PTM maupun orang yang tidak memiliki faktior risiko PTM.

Dengan berlakunya BPJS sejak 1 Januari 2014 adalah suatu tantangan untuk pengendalian penyakit tidak menular. Jika PTM tidak terkendali maka akan terjadi pembiayaan kesehatan yang sangat besar dan dapat menyebabkan kebangkrutan pemerintah. Untuk mendukung program tersebut berbagai upaya telah dilakukan salah satunya dengan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan masyarakat dalam upaya pengendalian perilaku berisiko penyakit tidak menular, antara lain penyakit hipertensi, stroke, Diabetes mellitus dan jantung koroner. Hal ini dilakukan untuk mendukung program promotif dan preventif.

Pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan dilakukan dengan mengembangkan model rancangan *one group pre-test post-test design*. Dengan menentukan “agen perubahan” di masyarakat yang terdiri dari kader kesehatan, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Pada kelompok intervensi diberikan perlakuan berupa pemberian pemicuan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2TMBM) yang dikombinasikan dengan kegiatan monitoring dan Evaluasi. Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan pemberian edukasi (KIE) yang biasa dilakukan di puskesmas oleh program promosi kesehatan. Sebelum proses pemicuan berlangsung, agen perubahan diberikan pre-test terlebih dahulu dan setelah kegiatan pemicuan selesai dilakukan post-test. Tujuan dilakukan pre dan post test untuk mengetahui perubahan pengetahuan terhadap

perilaku berisiko PTM di antaranya adalah perilaku merokok, pola makan, aktivitas fisik dan penyakit yang diakibatkannya yaitu hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan Jantung koroner.

Selain itu perlu melakukan pengukuran terhadap perubahan sikap agen perubahan yaitu perilaku merokok, pola makan dan aktivitas fisik sebelum dilakukan pemicuan dan setelah pemicuan dilakukan. Alat ukur dengan kuesioner menggunakan skala Likert.

Dalam pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan digunakan metoda *Participatory Rural Appraisal* (PRA) yang melibatkan masyarakat yang dalam hal ini adalah agen perubahan mulai dari perencanaan, proses pengambilan keputusan sampai penyelesaian masalah di wilayah desa/kelurahannya. Keberhasilan proses pemicuan ini dianalisis dengan teori *Precaution Adoption Process Model* yaitu menjelaskan proses penerimaan Agen Perubahan pada proses pemicuan mulai *stage* 1 sampai dengan *stage* 6 sesuai dengan tahapan pemicuan (Baghianimoghadam, 2017).

BAB 2

PROSES PEMICUAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR BERBASIS MASYARAKAT (P2TMBM)

Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat (P2TMBM) telah menjadi strategi kunci dalam upaya global mengatasi beban penyakit tidak menular (PTM). P2TMBM didefinisikan sebagai strategi yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam mengidentifikasi, merencanakan, dan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan konteks lokal untuk mengendalikan PTM.

Smith et al. (2020) mengidentifikasi beberapa komponen utama P2TMBM, termasuk pendidikan kesehatan, skrining dan deteksi dini, manajemen kasus, perubahan kebijakan lokal, dan pemberdayaan masyarakat. Efektivitas pendekatan ini telah ditunjukkan oleh berbagai studi, seperti yang dilaporkan oleh Johnson & Lee (2021), yang menemukan bahwa program P2TMBM yang diimplementasikan dengan baik dapat mengurangi faktor risiko PTM seperti hipertensi, obesitas, dan merokok secara signifikan dalam jangka panjang.

Namun, implementasi P2TMBM juga menghadapi tantangan. Garcia et al. (2022) mencatat bahwa keterbatasan sumber daya, kurangnya keterlibatan lintas sektor, dan kesulitan dalam mempertahankan motivasi masyarakat jangka panjang merupakan hambatan utama dalam pelaksanaan program ini. Meskipun demikian, peran kader kesehatan masyarakat sangat penting dalam keberhasilan P2TMBM. Brown & Wilson (2020) menekankan bahwa kader kesehatan bertindak sebagai penghubung vital antara sistem kesehatan formal dan

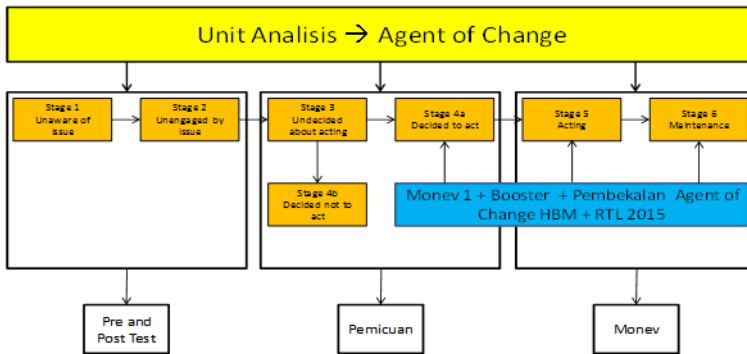
masyarakat, serta menjadi agen perubahan perilaku di tingkat akar rumput.

Dengan mempertimbangkan kompleksitas tantangan PTM dan potensi dampak positif dari pendekatan berbasis masyarakat, P2TMBM terus menjadi strategi kunci dalam upaya global untuk mengendalikan penyebaran PTM. Namun, keberhasilan implementasinya membutuhkan komitmen jangka panjang, kolaborasi lintas sektor, dan adaptasi yang terus-menerus terhadap kebutuhan dan konteks lokal.

Dalam mengembangkan Metode Pemicuan P2TMBM mengadaptasi 2 (dua) kerangka teori 1) *Teori Precaution Adoption Process Model* yang digunakan untuk menjelaskan proses perubahan pada agen Perubahan perilaku sebelum dan sesudah dilakukan pemicuan. Sedangkan 2) *Teori Health Belief Model* digunakan pada penyusunan materi Model Pemicuan P2TMBM sehingga dapat memicu Agen Perubahan untuk menimbulkan kesadaran dan mau merubah dari perilaku berisiko PTM menjadi perilaku sehat.

Teori Precaution Adoption Process Model digunakan untuk menjelaskan pelaksanaan proses pemicuan yang dilakukan dalam penerapan model P2TMBM mulai dari membangun komitmen sampai dengan monitoring dan evaluasi untuk melihat perubahan perilaku ‘agen perubahan’ dalam melakukan aksi yang sudah dibuat oleh ‘agen perubahan’.

Precaution Adoption Process Model



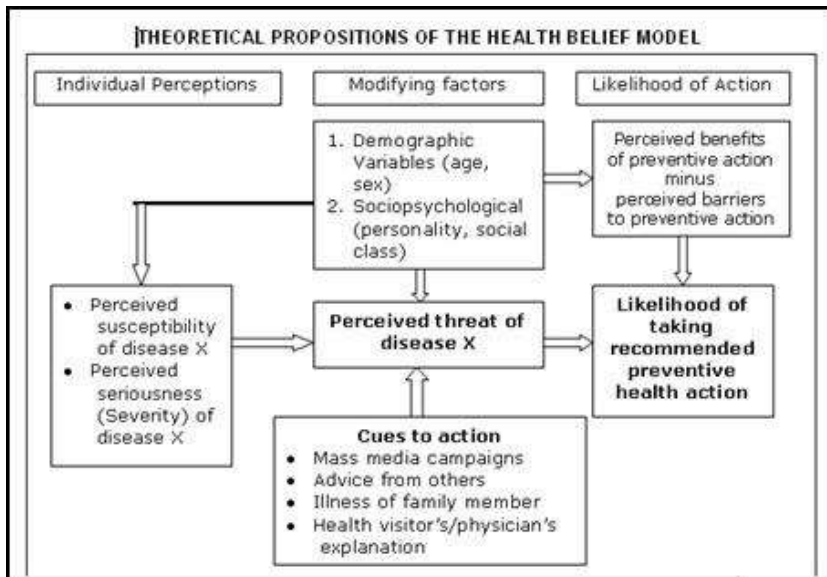
Gambar 1. Precaution Adoption Process Model

Untuk mengukur masyarakat/agen perubahan yang belum sadar dengan adanya masalah (*unaware of issue*) (stage 1) dan masyarakat mulai mau terlibat dengan adanya masalah tersebut (*unengaged by issue*) (stage 2) dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner mengukur pengetahuan dan sikap terkait perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik yang dapat menyebabkan risiko penyakit hipertensi, jantung, diabetes melitus dan jantung koroner.

Selain itu untuk mengajak agen perubahan dari stage 1 ke stage 2 dengan tahapan membangun komitmen untuk ikut serta dalam kegiatan pemicuan. Selanjutnya mereka melakukan untuk identifikasi perilaku berisiko PTM di wilayahnya sehingga agen perubahan masuk dalam stage 3.

Untuk mencapai *undecided about acting* (stage 3) dan *decided to act* atau *decided not to act* (stage 4a atau 4b), dilakukan paket pemicuan pada agen perubahan selama 3 hari. Rencana aksi merupakan hasil akhir dari pemicuan.

Untuk melihat perubahan pada stage 5 dan 6 yaitu *acting* dan *maintenance* dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap Rencana Tindak Lanjut (RTL)/aksi yang sudah dibuat untuk melihat perubahan perilaku.



Gambar 2. Teori *Health Believe Model* Rosenstock, 1966

Dalam penelitian ini juga mengadaptasi dari Teori *Health Believe Model* didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatan. Teori ini digunakan untuk menyusun model Pemicuan P2TMBM. Teori ini dituangkan dalam lima (5) segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi upaya yang ada dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, yaitu 1) *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan/ diketahui), 2) *perceived severity* (bahaya/ kesakitan yang dirasakan), 3) *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil), 4) *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil),

5) *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan). Hal tersebut dilakukan dengan tujuan *self-efficacy*. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan *self-efficacy* atau upaya diri sendiri untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya.

2.1 Metode pendekatan P2TMBM

Metode pendekatan P2TMBM terinspirasi dari metode Sanitasi Total berbasis Masyarakat (STBM) yaitu melakukan pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Kesamaan antara metode pemicuan P2TMBM dengan STBM yaitu mempunyai beberapa prinsip dasar yang harus dilaksanakan dan ditegakkan dalam setiap pelaksanaannya. Non material, dengan mengutamakan kemandirian masyarakat seperti dalam STBM:

1. Tidak menggurui, tidak memaksa dan tidak mempromosikan, kesadaran timbul atas kebutuhan masyarakat sendiri.
2. Masyarakat sebagai pemimpin
3. Totalitas; seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan, perencanaan, pemanfaatan dan pemeliharaan agar tetap berperilaku hidup sehat.

Persamaan P2TMBM dan STBM

Dalam setiap pelaksanaannya terdapat prinsip dasar yang harus dianut dan ditegakkan adalah :

1. Dalam pelaksanaan model ini tanpa subsidi kepada masyarakat
2. Penyampaian pemicuan dengan menggali informasi dan potensi masyarakat serta tidak menggurui dan tidak memaksa

3. Masyarakat dalam hal ini agen perubahan dalam melakukan kegiatan sebagai pemimpin
4. Totalitas; seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan - perencanaan
5. Pendekatan Partisipatif yang dianut adalah yang dikenal dengan istilah *Partisipatory Rural Appraisal* (PRA). dengan penekanan pada keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan kegiatan

Dalam pengembangan model Pemicuan P2TMBM mempunyai perbedaan dengan Model STBM. Adapun perbedaannya:

Tabel 1. Perbedaan P2TMBM DAN STBM

No	P2TMBM	STBM
1.	Pendekatan untuk merubah perilaku berisiko penyakit PTM (terutama hipertensi, stroke, DM dan jantung) yaitu perilaku merokok, pola makan tidak sehat dan kurang aktifitas fisik	Pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.
2.	Tujuan masyarakat tahu, sadar dan melakukan perilaku hidup sehat dengan merubah perilaku berisiko yaitu perilaku merokok, pola makan tidak sehat dan kurang aktifitas fisik menjadi pola hidup lebih sehat	Tujuan untuk meningkatkan akses jumlah warga miskin perdesaan dan pinggiran kota yang dapat terlayani perbaikan pelayanan serta fasilitas air minum dan sanitasi serta meningkatkan nilai dan perilaku hidup bersih dan sehat

No	P2TMBM	STBM
3.	Kerangka Teori pemicuan adalah <i>Health Belief Model</i> . Teori ini dituangkan dalam lima (5) segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi upaya yang ada dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, sedang proses perubahan memakai teori <i>Precaution Adoption Process Model</i> yang menjelaskan proses perubahan perilaku sehingga proses perubahan dapat dimonitor dengan seksama.	Tehnik pemicuan dengan memicu rasa malu, jijik, takut sakit, keagamaan, menyangkutkan kemiskinan.
4.	Tim fasilitator adalah Kasie Promosi Kesehatan dan Kasie PTM di Dinas Kesehatan, Penanggung jawab program PTM dan Promkes di puskesmas, Badan Pemberdayaan Masyarakat Kecamatan	Tim fasilitator dipilih dari beberapa unsur pendidik, kalangan medis (bidan/ perawat), sanitarian/ promkes, pengusaha, tokoh yang berpengaruh di masyarakat.
5.	Peserta pemicuan dipilih dengan kriteria tertentu dari tokoh agama, tokoh masyarakat, kader, karang taruna, dll atau tokoh yang mempunyai pengaruh di masyarakat, yang akan dibentuk menjadi agen perubahan.	Masyarakat dipicu kemudian akan muncul ' <i>natural leader</i> '
6.	Pengenalan/identifikasi wilayah terhadap perilaku berisiko dilakukan oleh agen perubahan, fasilitator hanya mendampingi. Tujuannya agar agen perubahan dapat mengetahui dan memetakan permasalahan perilaku berisiko dan kasus penyakit PTM di wilayah desanya.	Pengenalan lingkungan dilakukan oleh fasilitator. Tujuannya adalah mengetahui secara khusus penyebaran penduduk desa termasuk akses masyarakat terhadap sarana sanitasi dan air bersih. Dengan demikian tim fasilitator

No	P2TMBM	STBM
		dapat menentukan lokasi terbaik untuk melakukan proses pemicuan.
7.	Agen perubahan memanfaatkan teknologi videografi dan fotografi sederhana (handycam, kamera, HP) dalam identifikasi perilaku berisiko di masyarakat	-

2.2 Metode Pemicuan

Metode pemicuan *Health Belief Model* dengan memberdayakan masyarakat menggunakan pendekatan *Participatory Rural Appraisal* (PRA) yaitu suatu metode pendekatan dalam proses pemberdayaan dan peningkatan partisipasi masyarakat, dengan penekanan pada **keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan kegiatan**.

Pendekatan *Health Belief Model* dapat menimbulkan rasa 'takut', rentan sehingga merasa terancam akibat kebiasaan perilaku yang berisiko PTM, sehingga para agen perubahan ini diharapkan bisa melakukan pencegahan dini terhadap kebiasaan perilaku yang berisiko PTM. Model ini dimulai dengan membangun komitmen dari agen perubahan yang kemudian dilanjutkan dengan identifikasi perilaku berisiko PTM yaitu perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik. Analisis situasi dilaksanakan di wilayah desa/kelurahan.

Selanjutnya pemicuan dilanjutkan dengan pemetaan dan diskusi dengan materi terkait perilaku merokok, pola makan, aktifitas fisik dan penyakit hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan penyakit jantung koroner. Pada akhir pemicuan dilakukan pemeriksaan fisik secara spontan dan perenungan. Penutup dari

pemicuan adalah penyusunan rencana aksi dari agen perubahan. Dalam menjelaskan proses pemicuan di atas digunakan teori *Precaution Adoption Process Model*.

2.3. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pemicuan P2TMBM

Langkah-langkah pengumpulan data merupakan tahapan dalam Model Pemicuan P2TMBM yaitu sebagai berikut :

- A. Pelatihan kepada fasilitator** (Staf Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas) tentang: (i) Model Pemicuan P2TMBM; (ii) PTM dan faktor risiko PTM; (iii) Teori Pengetahuan, Sikap, Perilaku; (iv) Pemilihan lokasi studi; (v) Identifikasi tujuh (7) potensi masyarakat yang akan direkrut sebagai agen perubahan di lokasi studi; (vi) Tatalaksana rekrutmen agen perubahan oleh staf puskesmas; (vii) RTL kegiatan fasilitator;
- B. Pemetaan informasi faktor kontekstual** demografi, geografi, sosioekonomi, budaya, status pembangunan kesehatan masyarakat di desa lokasi studi untuk bahan analisis situasi (2 desa per wilayah kerja puskesmas).
- C. Rekrutmen agen perubahan** di lokasi studi oleh staf puskesmas;
- D. Pelatihan oleh fasilitator kepada agen perubahan** tentang: (i) PTM; (ii) Faktor Risiko PTM; (iii) Membangun komitmen; (iv) Identifikasi wilayah sebagai *evidence* untuk muatan lokal pemicuan; (iv) Teknologi dokumentasi dalam identifikasi wilayah.
- E. Identifikasi pengetahuan sikap dan perilaku dari agen perubahan (T0):** (i) Pengetahuan; (ii) Sikap; (iii) Perilaku.
- F. Membangun komitmen:** kesanggupan agen perubahan dalam waktu, tempat pelaksanaan dan kesanggupan sebagai agen perubahan.

G. Pelaksanaan Identifikasi wilayah oleh agen perubahan.

H. Kompilasi materi pemicuan: (i) Materi Dasar (tambahan *stock* video, foto terkait PTM dan faktor risiko PTM untuk mengantisipasi variabilitas agen perubahan di lokasi studi baru); (ii) Materi hasil identifikasi wilayah yang diperoleh agen perubahan sebagai muatan lokal;

I. Pemicuan agen perubahan: (i) Pemetaan masalah; (ii) Materi perilaku merokok, pola makan, aktifitas fisik dan penyakit hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan jantung Koroner; (iii) pemeriksaan fisik secara spontan.

J. Perenungan untuk mengungkap masalah PTM dan faktor risiko PTM, serta mengupayakan penanggulangannya: (i) Klimaks untuk mendorong perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP); (ii) Pengenalan ketersediaan sumberdaya masyarakat (7C) dan sumber daya kesehatan di sekitar lokasi studi untuk penanggulangan PTM.

K. Evaluasi status perubahan PSP dari agen perubahan (T1): (i) Pengetahuan; (ii) Sikap; (iii) Perilaku.

L. Rencana tindak lanjut: (i) Perubahan PSP individu dan kelompok; (ii) Kesiambungan proses perubahan;

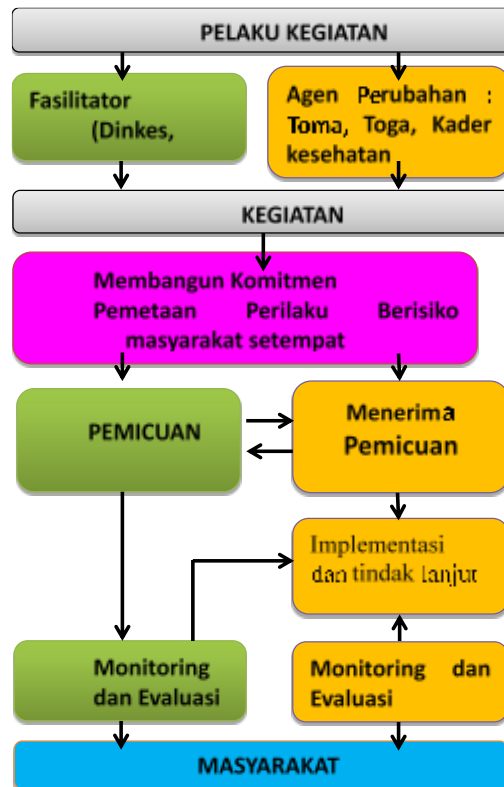
M. Monitoring dan Evaluasi 1 dilakukan oleh tim fasilitator dan tim peneliti dengan menggunakan observasi langsung, kalender monitoring dan SMS/MMS serta buku harian untuk memantau tindak lanjut niat yang diungkapkan oleh agen perubahan, 1,5 (satu setengah) bulan setelah perenungan; sambil dilakukan penguatan/*booster* pada agen perubahan untuk mengetahui kendala dan permasalahan yang dihadapi di lapangan.

N. Monitoring dan Evaluasi 2 dilakukan oleh tim fasilitator dan tim peneliti dengan menggunakan observasi langsung, kalender monitoring dan SMS/MMS serta buku harian untuk

memantau tindak lanjut niat yang diungkapkan oleh agen perubahan tiga (3) bulan setelah perenungan.

Hasil pengembangan model tahun 2014 adalah rancangan Model Pemicuan P2TMBM sebagai berikut:

Model Pemicuan P2TMBM



Gambar 3. Model Pemicuan Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat

2.4 Aktor dalam Model Pemicuan

Pada model pemicuan P2TMBM ada 2 (dua) aktor yang berperan yaitu fasilitator yang berfungsi sebagai pemicu dalam

perubahan dari perilaku berisiko PTM menjadi perilaku sehat. Aktor yang lain adalah agen perubahan yang akan dipicu oleh fasilitator dan akan membawa perubahan perilaku di wilayah desa/kelurahannya.

2.4.1 Fasilitator

Dalam model ini diperlukan pendamping masyarakat yang memiliki peran sebagai pembimbing, *enabler* dan ahli. Sebagai pendamping berperan membantu masyarakat dalam memutuskan sebelum melakukan suatu tindakan. Selain itu juga memberikan informasi/pengetahuan yang cukup pada masyarakat. Sebagai *enabler* dengan kemampuan fasilitasi mendorong masyarakat untuk mengenali masalah, potensi dan kondisinya. Sedangkan sebagai ketrampilan khusus yang diperoleh dari lingkup pendidikannya atau dari pengalamannya dapat memberikan keterangan-keterangan teknis yang dibutuhkan oleh masyarakat saat mereka melaksanakan kegiatannya. Keterangan-keterangan yang diberikan oleh pendamping bukan bersifat mendikte masyarakat melainkan berupa penyampaian fakta-fakta saja. Biarkan masyarakat yang memutuskan tindakan yang akan diambil. [.\(http://hapmi.org/2013/01/11/peranan-pendamping-masyarakat/\)](http://hapmi.org/2013/01/11/peranan-pendamping-masyarakat/).

Pendamping dalam model ini disebut **fasilitator** yang terdiri dari staf Dinkes Kesehatan Kabupaten/Kota (Promosi kesehatan dan Pemberantasan Penyakit Tidak Menular), puskesmas (kepala puskesmas, promosi kesehatan dan Pemberantasan Penyakit) dan staf dari Badan Pemberdayaan Masyarakat di kecamatan/staf kecamatan.

2.4.2 Agen Perubahan

Agen perubahan adalah pelaku kegiatan dalam model ini. Mereka dipilih oleh puskesmas dan kepala desa, yaitu orang yang mempunyai pengaruh di desanya, peduli terhadap lingkungan. Agen perubahan yaitu terdiri dari tokoh agama (kepala desa, guru, aparat desa, kader kesehatan, ketua LMD dan lain-lain), tokoh agama (Modin, Ketua NU, muslimat dll.), kader kesehatan, karang taruna, LSM, pelajar, pensiunan, petani, pegawai swasta.

Karakteristik agen perubahan tidak terbatas pada jenis kelamin, jenis pekerjaan atau usia tertentu. Karakteristik bisa dari kelompok mana saja. Agen Perubahan diharapkan dapat menciptakan suasana diskusi yang hidup dan semangat, dekat dengan masyarakat, aktif di kegiatan masyarakat dan diharapkan juga bisa menjadi model dalam berperilaku sehingga bisa dicontoh oleh masyarakat nantinya.

2.5 Proses Pemicuan P2TMBM

1. Membangun Komitmen

Kegiatan pertama yang dilakukan adalah membuat komitmen antar pelaku kegiatan fasilitator dan agen perubahan, kesediaan untuk menjadi “calon” agen perubahan dan bersedia untuk mengikuti kegiatan antara lain 1) identifikasi lingkungan untuk melakukan pemetaan perilaku berisiko masyarakat desa setempat; 2) pemicuan P2TMBM selama 3 (tiga) hari penuh; 3) bersedia menjadi agen perubahan di desanya. Waktu dan tempat penyelenggaraan identifikasi lingkungan dan pemicuan P2TMBM disepakati bersama sesuai dengan kondisi masyarakat di desa tersebut.

2. Identifikasi Wilayah

Identifikasi lingkungan dilakukan oleh agen perubahan didampingi petugas promosi kesehatan puskesmas. Kegiatan yang dilakukan adalah mendokumentasikan perilaku masyarakat terkait perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik di lingkungan desa dan mengunjungi masyarakat yang menderita penyakit hipertensi, stroke, DM dan jantung koroner.

Hasil kegiatan ini menggambarkan kondisi perilaku berisiko dan PTM masyarakat desa yang akan di intervensi. Selanjutnya hasil ini dipaparkan di Dinas kesehatan untuk membangun komitmen dengan Kepala Dinas Kesehatan dan jajarannya untuk pengendalian perilaku berisiko yaitu perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik yang dapat menyebabkan PTM (hipertensi, stroke, DM dan Jantung koroner).

3. Proses Pemicuan

Pemicuan dilakukan selama 3 (tiga) hari, di balai desa/puskesmas ataupun lokasi sesuai dengan kesepakatan sebelumnya. Waktu ideal penyelenggaraan adalah sekitar 4 jam setiap harinya. Metode yang diterapkan adalah *participatory rural appraisal* dengan pendekatan dalam proses pemberdayaan masyarakat. Pelaksanaan pemicuan ditekankan pada keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan kegiatan dan peningkatan kemandirian dan kekuatan internal.

Metode pendekatan P2TMBM mempunyai beberapa prinsip dasar yang harus dilaksanakan dan ditegakkan dalam setiap pelaksanaannya. Prinsip dasar P2TMBM adalah :

- a. Non material, dengan mengutamakan kemandirian masyarakat

- b. Tidak menggurui, tidak memaksa dan tidak mempromosikan, kesadaran timbul atas kebutuhan masyarakat sendiri.
- c. Masyarakat sebagai pemimpin
- d. Totalitas; seluruh komponen masyarakat terlibat dalam analisa permasalahan, perencanaan, pemanfaatan dan pemeliharaan agar tetap berperilaku hidup sehat.

Proses Pemicuan dimulai pre test tentang pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap perilaku berisiko dan PTM. Kemudian dilanjutkan dengan mengajak peserta melakukan pemetaan perilaku berisiko (merokok, pola makan dan aktifitas fisik) di wilayah desa. Hal ini bertujuan untuk memotivasi peserta untuk lebih mengenali kondisi masyarakat desa terhadap perilaku berisiko. Selanjutnya peserta mendiskusikan hasil dokumentasi yang dilakukan ketika identifikasi wilayah. Dokumentasi berupa foto dan film yang dibuat agen perubahan. Setelah tahap ini dapat dilalui peserta dengan mulai mengenal mengenal situasi perilaku berisiko yang ada di wilayahnya, selanjutnya akan dimulai pemicuan pada inti permasalahan yaitu perilaku berisiko PTM :

- Perilaku Merokok
- Pola makan tidak sehat
- Kurangnya aktifitas fisik.

Tahap fasilitasi pemicuan ini dibagi dalam 5 sesi sesuai dengan tema yang disajikan yaitu,

- Sesi I : Pemicuan Perilaku Merokok
- Sesi II : pemicuan Pola makan tidak sehat
- Sesi III : Pemicuan Kurangnya aktifitas fisik
- Sesi IV : Penyakit akibat merokok, Pola makan tidak sehat dan kurangnya aktifitas fisik tidak sehat dan kurangnya aktifitas fisik.

- Sesi V : Pemeriksaan tensi darah, tinggi badan, berat badan, lingkar perut dan gula darah

Setelah itu dilakukan post test dilakukan pada seluruh agen perubahan yang mengikuti proses pemicuan dan pelaksanaannya setelah proses pemicuan selesai.

4. Perenungan

Proses yang menjadi antiklimaks dari pemicuan adalah perenungan. Setelah 2 (dua) hari dilakukan pemicuan dengan mendiskusikan permasalahan perilaku berisiko PTM dengan penuh debat dan terkadang bersitegang akhirnya mencapai klimaksnya, pada hari ke 3 (tiga) menjadi antiklimaks dilakukan proses perenungan. Pada saat perenungan agen perubahan dalam posisi rileks kemudian dibawa pada suasana yang membuat suasana haru dan menyadarkan akan pentingnya berperilaku sehat, serta akibat yang merugikan terhadap diri sendiri, keluarga dan lingkungan karena perilaku tidak sehat. Pada proses ini agen perubahan akan merenung bahkan sampai menangis sehingga suasana menjadi mengharu biru.

5. Rencana Tindak Lanjut.

Rangkaian proses pemicuan diakhiri dengan masing-masing agen perubahan membuat rencana tindak lanjut apa yang akan dilakukan setelah pemicuan ini. Kegiatan dapat dimulai dengan perubahan yang ingin dilakukan secara pribadi, melibatkan keluarga atau lingkungan yang lebih luas. Kegiatan tidak dibatasi, tapi berdasarkan ide dan kemampuan masing-masing agen perubahan. Dari hasil RTL ini akan dikumpulkan oleh fasilitator dan dilakukan monitoring dan evaluasi.

6. Monitoring dan Evaluasi

Setelah 1 (satu) dan 2 (dua) bulan pelaksanaan pemicuan dilakukan monitoring dan evaluasi pada agen perubahan. Monitoring setelah pemicuan sangat penting untuk dilaksanakan. Dari kegiatan monitoring berguna untuk memantau kemajuan atau perubahan perilaku dari masyarakat setelah dilakukan pemicuan. Dalam tahap ini akan dilihat perubahan perilaku dari agen perubahan dan akan dilihat bagaimana mereka melakukan tindak lanjut dari pemicuan pada masyarakat umum. Monitoring dapat dilakukan oleh Tim fasilitator P2TMBM (promkes dan program PTM di Dinas kesehatan, puskesmas, tim Badan Pemberdayaan Masyarakat di kecamatan).

Selain dilakukan monitoring dan evaluasi sekaligus tim P2TMBM melakukan penguatan (booster) pada agen perubahan. Hal ini untuk menjaga agar semangat agen perubahan paska pemicuan tetap baik.

BAB 3

PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP PERILAKU BERISIKO PTM

3.1 Pengetahuan tentang Perilaku Berisiko PTM

Penyakit Tidak Menular (PTM) tetap menjadi tantangan kesehatan global yang signifikan dan mendesak. Menurut laporan terbaru World Health Organization (WHO) yang dirilis pada tahun 2023, situasi global terkait PTM menunjukkan urgensi yang semakin meningkat:

"Penyakit tidak menular (PTM) membunuh 41 juta orang setiap tahun, setara dengan 74% dari semua kematian secara global. Setiap tahun, 17 juta orang meninggal karena PTM sebelum usia 70 tahun, dan 86% dari kematian prematur ini terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah." (WHO, 2023)

Data ini menekankan beban berat yang ditimbulkan oleh PTM, terutama di negara-negara berkembang, dan menunjukkan pentingnya pemahaman serta tindakan terhadap faktor-faktor risiko PTM.

Pengetahuan masyarakat tentang faktor risiko PTM telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir, namun masih terdapat kesenjangan yang signifikan. Sebuah studi oleh Tripathy et al. (2020) di India menemukan bahwa meskipun 76% responden menyadari hubungan antara merokok dan penyakit jantung, hanya 32% yang memahami kaitan antara konsumsi garam berlebih dan hipertensi.

Kesenjangan pengetahuan ini menunjukkan perlunya edukasi kesehatan yang lebih komprehensif dan terstruktur. Di

Indonesia, penelitian oleh Rahmawati dan Bajorek (2021) mengungkapkan hanya 47,8% responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang faktor risiko hipertensi, meskipun prevalensi hipertensi di negara ini mencapai 34,1%. Temuan ini menekankan pentingnya peningkatan literasi kesehatan di kalangan masyarakat umum.

3.2 Sikap terhadap Perilaku Berisiko PTM

Sikap masyarakat terhadap perilaku berisiko PTM seringkali kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial dan budaya. Sebuah meta-analisis oleh Zhang et al. (2022) menemukan bahwa persepsi risiko yang rendah dan kurangnya *self-efficacy* merupakan hambatan utama dalam adopsi perilaku hidup sehat untuk mencegah PTM.

Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang berfokus pada peningkatan kesadaran risiko dan pemberdayaan individu mungkin lebih efektif dalam mengubah sikap.

3.3 Intervensi untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Mengubah Sikap

Intervensi berbasis komunitas telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap terhadap perilaku berisiko PTM. Sebuah uji coba terkontrol secara acak oleh Patel et al. (2021) di Afrika Selatan menemukan program edukasi kesehatan berbasis mHealth yang disesuaikan dengan konteks budaya lokal menghasilkan peningkatan 40% dalam pengetahuan tentang faktor risiko PTM dan perubahan sikap positif terhadap perilaku preventif. Ini menunjukkan potensi teknologi digital dalam menjangkau dan mempengaruhi populasi yang lebih luas.

Di Indonesia, program "CERDIK" (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stres) yang diimplementasikan oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan hasil positif. Widyantoro et al. (2022) melaporkan setelah satu tahun implementasi program CERDIK, terjadi peningkatan 25% dalam pengetahuan tentang faktor risiko PTM dan perubahan sikap positif sebesar 18% terhadap adopsi gaya hidup sehat di kalangan peserta program.

3.4 Analisis Pengetahuan dan Sikap Agen Perubahan pada Daerah Kontrol dan Intervensi

Efektivitas metode edukasi dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap terhadap perilaku berisiko PTM dapat diukur dengan berbagai metode. Fokus pendekatan yang dilakukan dalam pendekatan ini adalah agen perubahan yang diharapkan dapat menjadi katalis perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Konsep agen perubahan ini sejalan dengan teori difusi inovasi yang dikemukakan oleh Rogers (2003), yang menekankan peran individu kunci dalam menyebarkan ide-ide baru dalam masyarakat.

Untuk mengetahui efektifitas tersebut dapat dibagi dua kelompok agen perubahan, kelompok pertama dilakukan kontrol dan kelompok kedua dilakukan intervensi. Pada kelompok agen perubahan daerah kontrol, penyuluhan dilakukan oleh petugas puskesmas menggunakan metode Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) konvensional. Sementara itu, di agen perubahan daerah intervensi, diterapkan metode Pemicuan Pencegahan Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat (P2TMBM). Ada 30 pertanyaan yang diajukan kepada agen perubahan sebelum dan sesudah mendapatkan penyuluhan.

Pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan P2TMBM lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap agen perubahan dibandingkan dengan metode penyuluhan konvensional. Metode ini berhasil menciptakan perubahan yang signifikan tidak hanya dalam aspek pengetahuan, tetapi juga dalam sikap terhadap perilaku berisiko PTM. Namun, penting untuk dicatat bahwa perubahan pengetahuan dan sikap belum tentu langsung diterjemahkan menjadi perubahan perilaku. Oleh karena itu pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan P2TMBM ini memerlukan monitoring dan evaluasi.

BAB 4

TAHAPAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PEMICUAN UNTUK PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

4.1 Pelatihan Fasilitator

Penekanan pada pelatihan fasilitator adalah peran fasilitator dimana dalam penyampaian pelatihan pada agen perubahan berbeda dengan penyuluhan yang selama ini dilakukan. Metode penyampaian adalah dengan diskusi dan menggali potensi yang ada pada agen perubahan, sehingga agen perubahan aktif dalam memberikan pendapat dan diskusi sesuai topik yang di berikan oleh fasilitator. Dalam menerapkan metode ini, bukanlah hal mudah bagi para fasilitator sebagai petugas kesehatan, karena selama ini petugas kesehatan dianggap narasumber untuk masalah kesehatan sehingga sebagai tempat bertanya terkait masalah kesehatan. Perlu pendampingan yang cukup di awal dari tim inti Model Pemicuan P2TMBM, karena tidak jarang diskusi akan berubah menjadi konsultasi kesehatan antara agen perubahan dan petugas kesehatan.

Dengan meyakinkan pada petugas kesehatan bahwa diskusi adalah tentang pengalaman masyarakat terkait perilaku berisiko seperti perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik yang semua orang mempunyai pengalaman diskusi akan berjalan dengan baik. Demikian juga dengan pengetahuan tentang PTM (hipertensi, stroke, Diabetes Mellitus dan jantung Koroner) yang selama implementasi mudah ditemukan di masyarakat, pengetahuan masyarakat sangat bervariasi dan tidak semuanya mulai dari stage 1 pada teori PAPM. Pada

awalnya bisa mulai tahap 2 atau 3, sehingga diskusi dan penggalan informasi berjalan sesuai kondisi masyarakat saat itu. Pada pelatihan fasilitator dilakukan praktek di kelas untuk metode penyampaian dan praktek lapangan langsung identifikasi wilayah untuk mencoba melakukan praktek pengambilan video atau foto pada perilaku berisiko merokok, pola makan dan aktifitas fisik serta penyakit terkait perilaku tersebut.

Setelah mendapat pelatihan diharapkan fasilitator mendapat pengalaman langsung melaksanakan model pemicuan P2TMBM sehingga dapat mengimplementasikan model tersebut di wilayahnya dan mampu menggerakkan masyarakat untuk menjadi agen perubahan dalam upaya promotif dan preventif untuk pengendalian penyakit tidak menular dengan memasukkan potensi lokal dalam pelaksanaannya.

Bahan untuk fasilitator berupa Buku panduan pelaksanaan Model Pemicuan P2TMBM, paket CD bahan materi pelaksanaan, kalender monitoring dan evaluasi. Semua bahan sudah standar dan melalui ujicoba sebelumnya.

4.2 Pemilihan Agen Perubahan

Agen perubahan adalah peran yang dilakukan seseorang sebagai pelopor, motivator dan panutan dalam proses perubahan. Dalam upaya percepatan perubahan masyarakat secara aktif dalam mencegah penyakit tidak menular diperlukan agen perubahan.

Dalam menentukan agen perubahan melalui diskusi antara tim fasilitator puskesmas dengan melibatkan kepala desa/kelurahan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa/kecamatan. Kriteria orang atau tokoh yang dipilih adalah :

- 1) Mempunyai pengaruh di wilayah / desa / kelurahanya yaitu toma, Toga, kader, aparat, badan pemberdayaan masyarakat dll.
- 2) Berkomitmen tinggi. Kepala desa biasanya mengetahui dan mengenal tokoh masyarakat di wilayah desanya sehingga bisa membantu memilihkan tokoh masyarakat yang bisa berkomitmen jika dipilih sebagai Agen Perubahan.
- 3) Mempunyai kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungannya.
- 4) Mempunyai keinginan melakukan perubahan lebih baik di wilayahnya
- 5) Menjadi motor penggerak di masyarakat

Beberapa hal lain yang perlu diperhatikan dalam pemilihan agen perubahan adalah :

- a. **Jumlah agen perubahan laki-laki dan perempuan sebaiknya seimbang**, paling tidak 40% : 60%. Dari pengalaman jika terlalu banyak peserta perempuan diskusi terutama tentang rokok dinamika kurang sehingga kurang dapat menggali permasalahan.
- b. **Usia agen Perubahan mulai remaja, dewasa sampai dengan usia lanjut**. Usia Agen perubahan mulai dari sekitar 17 tahun samapi dengan pensiunan yang berusia >65 tahun. Dalam keberagaman usia diskusi berlangsung dengan saling mengisi. Fasilitator memberikan kesempatan pada setiap agen perubahan untuk memberikan pendapat.
- c. **Variasi pekerjaan dan tingkat pendidikan**. Bervariasinya latar belakang juga dapat menghidupkan suasana saling berbagi. Dalam pemilihan agen perubahan hendaknya dibatasi jumlah kader kesehatan tidak lebih

dari 5-8 orang, selebihnya sebaiknya di luar kader kesehatan bahkan tokoh masyarakat di luar kesehatan. Dari pengalaman implementasi agen perubahan di luar kesehatan menunjukkan ketertarikan dan komitmen yang baik terhadap permasalahan perilaku berisiko PTM ini.

- d. **Pemilihan agen perubahan tidak selalu yang berperilaku baik** artinya agen perubahan dapat juga perokok berat, berperilaku pola makan tidak sehat maupun seseorang yang kurang aktifitas fisiknya. Hal ini diperlukan agar adanya variasi di antara agen perubahan. Bervariasinya agen perubahan menimbulkan suasana yang 'hidup' saat diskusi pemicuan berlangsung.

Dalam model ini calon agen perubahan tidak muncul secara natural setelah pemicuan tapi dengan pembentukan agen perubahan dengan paket pemicuan P2TMBM akan menggugah kesadarannya. Karena itu kriteria dalam memilih Agen Perubahan menjadi bagian yang penting dalam model ini.

4.2.1 Pemicuan Agen Perubahan

Bervariasinya latar belakang agen perubahan dari jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan serta pola berperilaku berisiko PTM sehingga perlu dilakukan persiapan sebelum masuk dalam tahapan pemicuan Model P2TMBM untuk mengkondisikan tokoh calon agen perubahan dan kesanggupan menjadi agen perubahan di wilayahnya. Walaupun tahapan persiapan ini juga merupakan satu rangkaian dalam melaksanakan Pemicuan P2TMBM.

4.2.2 Membangun Komitmen

Komitmen adalah kemampuan dan kemauan untuk menyelaraskan perilaku pribadi dengan kebutuhan, prioritas dan tujuan organisasi. (Soekidjan, 2009). Menurut Meyer dan

Allen (1991, dalam Soekidjan, 2009), komitmen dapat juga berarti penerimaan yang kuat individu terhadap tujuan dan nilai-nilai organisasi, dan individu berupaya serta berkarya dan memiliki hasrat yang kuat untuk tetap bertahan di organisasi tersebut.

Menurut Quest (1995, Soekidjan, 2009) indikator-indikator perilaku komitmen yang dapat dilihat adalah :

- a. Melakukan upaya penyesuaian, agar cocok di organisasinya dan melakukan hal-hal yang diharapkan, serta menghormati norma-norma organisasi, menuruti peraturan dan ketentuan yang berlaku.
- b. Meneladani kesetiaan, dengan membantu orang lain, menghormati dan menerima hal-hal yang dianggap, bangga menjadi bagian dari organisasi, serta peduli akan citra organisasi.
- c. Mendukung secara aktif, dengan bertindak mendukung misi memenuhi kebutuhan/misi organisasi dan menyesuaikan diri dengan misi organisasi
- d. Melakukan pengorbanan pribadi, dengan menempatkan kepentingan organisasi diatas kepentingan pribadi, pengorbanan dalam hal pilihan pribadi, serta mendukung keputusan yang menguntungkan organisasi walaupun keputusan tersebut tidak disenangi.

Dengan diawali membangun komitmen pada agen perubahan diharapkan indikator komitmen dapat muncul setelah dilakukan pemecuan.

Untuk membangun kepercayaan diri dari agen perubahan pada saat membangun komitmen disampaikan penekanan bahwa agen perubahan dipilih karena hasil seleksi karena mempunyai pengaruh di desa/kelurahan, berkomitmen tinggi dan mempunyai kepedulian terhadap masyarakat dan

lingkungannya, mempunyai keinginan melakukan perubahan lebih baik di wilayahnya dan nantinya akan mampu menjadi motor penggerak di masyarakat.

4.2.3 Identifikasi wilayah

Identifikasi wilayah adalah suatu kegiatan untuk menggali data tentang potensi atau permasalahan yang ada di wilayah yang dilakukan secara partisipatif oleh masyarakat.

Identifikasi lingkungan dilakukan oleh agen perubahan didampingi fasilitator. Tujuan dilakukan kegiatan ini adalah melakukan pemetaan wilayah dengan mendokumentasikan perilaku masyarakat terkait perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik di lingkungan desa dan melakukan kunjungan ke masyarakat yang menderita penyakit hipertensi, stroke, DM dan jantung koroner untuk memberikan testimoni. Setelah dilakukan identifikasi wilayah diharapkan masyarakat dapat menganalisis potensi atau masalah yang ada di wilayahnya sehingga dapat memetakan perilaku berisiko terkait PTM di wilayah desa atau kelurahan.

1. Pemetaan Wilayah

Pemetaan wilayah oleh masyarakat pada intinya adalah pemetaan perilaku berisiko PTM dan penyakitnya yang melibatkan agen perubahan masyarakat secara aktif, sedangkan fasilitator mendampingi dari belakang.

Pemetaan dilakukan bertujuan untuk memetakan perilaku berisiko dan PTM (hipertensi, stroke, Diabetes mellitus dan jantung koroner) dari hasil identifikasi masalah yang dilakukan sebelumnya. Agen perubahan diminta untuk menyiapkan peta wilayah desa yang telah diperbesar kemudian secara bergantian mereka diminta menempelkan stiker

berwarna yang sebelumnya sudah disepakati untuk menandai masing-masing perilaku berisiko dan PTM.

2. Pemicuan Perilaku Merokok

Pemicuan perilaku pola makan bertujuan untuk memicu agen perubahan agar menyadari besaran masalah perilaku merokok di masyarakat, bahaya yang diakibatkan perilaku merokok dan adanya ancaman terhadap diri dan keluarga lingkungannya akibat perilaku merokok, sehingga timbul keinginan untuk berubah dan merubah lingkungan.

Materi tentang rokok sengaja dipilih sebagai yang mengawali kegiatan pemicuan karena pertimbangan isu tentang rokok sebagai isu kontroversial dan menarik untuk diperbincangkan. Sebelum masuk pada materi, terlebih dahulu ditampilkan perilaku merokok yang ada di desa/kelurahan hasil identifikasi wilayah yang dilakukan agen perubahan sendiri. Kemudian fasilitator menggali pendapat agen perubahan terkait perilaku merokok yang terjadi di wilayah tersebut. Dari sini diharapkan muncul kesadaran bahwa perilaku merokok mudah ditemui di wilayah mereka.

Diskusi dimulai dengan opini agen perubahan tentang merokok, kemudian digali pendapat positif maupun negatif dari agen perubahan tentang perilaku merokok. Pada diskusi ini biasanya muncul pro-kontra tentang perilaku merokok antara yang perokok dengan yang bukan perokok.

Pendapat tentang rokok antara lain:

"...merokok sebagai media pergaulan, misal di warung, di tempat-tempat pertemuan; rokok itu susah diberhentikan karena bisa linting dewe, solusinya kayak apa kalau ada pertemuan..."

"...lebih baik saya kalau sakit gak usah diobati daripada tidak boleh merokok....."

"... ini adalah masalah global.. kalau mau tidak merokok.. pabriknya ditutup aja.. tapi kalau ditutup maka akan banyak pengangguran..."

"... rasa merokok... gengsi, nikmat, menghilangkan stress, biar kelihatan jantan.. ya seperti itulah.."

"... merokok untuk mendapakan inspirasi.."

"... rasa merokok... gengsi, nikmat, menghilangkan stress, biar kelihatan jantan.. ya seperti itulah.."

"Memang sangat trend sekali ya, walau bagaimanapun saya pribadi gak bisa pisah dengan merokok..."

Setelah muncul pendapat tentang mengapa merokok biasanya diskusi akan berjalan cukup seru antara yang pro dan kontra tentang rokok. Diskusi selanjutnya dilemparkan pendapat tentang merokok pada anak dan bahaya perokok pasif.

"Anak sekolah sudah biasa merokok karena dipengaruhi lingkungan, rasa gengsi. Suami perokok berat, hampir 8 bulan merondang, saya kasih pelajaran 21 harisupaya berhenti merokok, sekarang sudah berhenti ngopi, tapi merokok masih jalan terus....."

"... orang terkena asap rokok... orang yang ikut menghisap asap rokok... tapi lama-lama ikut merasa enak... suami saya perokok berat, tapi dia tidak pernah sakit.. yang sakit malah saya.."

"... kalau ada yang merokok di depan kita, (kata Ibu hamil) kalau menegor, takut orangnya yang tersinggung.. jadi saya memilih yang pergi.."

"Dulu waktu jadi perokok aktif, saya tidak peduli dengan orang sekeliling. Tapi sejak jadi perokok pasif, saya jadi merasakan gimana sesaknya."

"Perokok pasif itu memang berbahaya. Saya sebagai perokok bahayanya 24%, tapi yang merokok pasif 75%. Solusinya,

semua pemerintah menggalakkan anti merokok misalnya di puskesmas.”

“...kalau melihat seperti contoh.. memang benar adanya.. kalau saya hanya merasakan kenikmatannya dilarang susah.. kalau melihat gambar itu mungkin benar adanya.. tapi kalau disuruh berhenti merokok susah.. berhenti secara langsung susah.. karena sudah mendarah daging...”

Setelah diskusi berlangsung hidup, fasilitator melemparkan pertanyaan tentang bagaimana kondisi perilaku merokok di wilayah desa/kelurahan setempat.

“ Mayoritas lingkungan saya merokok, hanya satu-dua orang yang tidak merokok, anak-anak SMP sudah merokok, suami saya juga merokok. Sambil menggendong anak juga merokok.....”.

“...Umur 15 saya pernah merokok, sampai sekarang saya tidak merokok, tapi saya setiap tahun menanam tembakau, saya sepertinya menghidupi mereka yang masih merokok. Tetapi saya tidak suka di dekat yang sedang merokok.....”

Kita juga dapat mendiskusikan tentang merokok menurut pandangan agama. Dimana ada yang berpendapat merokok ‘makruh’ juga ada pendapat merokok ‘haram’. Ketika diskusi ini diperlukan kepekaan dari fasilitator agar diskusi dapat berjalan sesuai yang diharapkan. Fasilitator harus mengetahui kapan diskusi harus berjalan atau berhenti.

Sesi akhir dari pemicuan diakhiri dengan pemutaran film singkat tentang anak yang menjadi korban sebagai perokok pasif. Setelah pemutaran film pendapat Agen Perubahan antara lain:

“Setelah melihat gambar, ternyata pasif merokok itu juga berbahaya, kepada bapak-bapak kalau dirinya masih merokok ini kurang pas.....”.

“Tayangan anak baca puisi tadi bagus sekali, bapak-bapak itu supaya , dicontoh, kader lansia terus merokok, saya gak berani

menegur, tapi menyanyi. Kalau saya nanti menyanyi, mudah-mudahan bapak-bapak bisa mengurangi. Bu Wiji menyanyikan Hymne ‘mengurangi merokok’...”

“ Mudah-mudahan setelah melihat tayangan tadi, kalau ada bapak-bapak yang merokok sebaiknya kita menghindar, tolong ya pak sebagai agen perubahan, maka aku mohon bisa gak bisa ya dikurangi. Suami saya sudah mengurangi, mulai jam 7 sampai 12 hanya menghabiskan 1 batang....”

Tahap awal pemicuan diakhiri dengan sesi perilaku merokok. Sesi ini ditaruh di akhir, dimana pemicuan dilakukan dengan pemutaran film bahaya merokok dan anak korban sebagai perokok pasif. Pada kondisi ini diharapkan agen perubahan terpicu karena melihat gambaran dampak yang terjadi karena rokok dan menjadi refleksi/perenungan setelah kegiatan berlangsung.

Setelah itu pemicuan dilakukan pada hari selanjutnya. Hari kedua pemicuan dimulai dengan refleksi. Dalam Refleksi ini diharapkan agen perubahan malam sebelumnya sudah melakukan proses refleksi/perenungan dan memikirkan proses diskusi kemarin tentang perilaku merokok. Kemudian fasilitator akan menggali pada sesi refleksi ini.

“Saya merenung bagaimana bahayanya merokok. Kita harus mempertimbangkan anak cucu kita. Asap rokok itu dapat merusak udara atau oxygen kita. Ternyata selama 17 tahun saya merokok sudah merusak keluarga dan lingkungan. Saya sekarang sudah berhenti merokok (sejak 12 tahun yang lalu). Tapi saya sekarang deg-degan kalau berada di lingkungan yang merokok.”

“ Untuk saat ini sudah ada ketakutan kalo melihat gambar kemarin, insya alloh bisa mengurangi.....”

“Perasaan dan pikiran ada rasa ingin berubah. Baru menyadari bahwa kelakuan saya banyak merugikan orang lain.

Keinginan untuk berhenti itu sudah lama, tapi merokok lagi, tergiur dengan rokok”.

“Kita harus lebih peduli dengan lingkungan apalagi sekarang banyak perokok di lingkungan kita, banyak juga yang suka minum minuman keras. Semoga bapak-bapak yang disini yang dulunya merokok bisa berhenti merokok dan ibu-ibu kader disini bisa memberikan penyuluhan, pertama di lingkungan keluarga kita terlebih dahulu dan di lingkungan rumah kita seperti RT dan di RW...”.

3. Pemicuan Perilaku Pola Makan

Perilaku pola makan menjadi topik selanjutnya yang didiskusikan pada pemicuan. Pemicuan perilaku pola makan bertujuan untuk memicu agen perubahan agar menyadari besaran masalah perilaku pola makan berisiko di masyarakat, bahaya yang diakibatkan perilaku pola makan berisiko dan adanya ancaman terhadap diri dan keluarga lingkungannya akibat pola makan berisiko, sehingga timbul keinginan untuk berubah dan merubah lingkungan.

Dari pengamatan ketika identifikasi masalah dapat diketahui makanan yang biasa dikonsumsi masyarakat di wilayah desa/kelurahan. Contoh makanan hasil identifikasi wilayah:

Pola makan masyarakat pada umumnya yang terekan pada waktu identifikasi wilayah adalah mudahnya ditemukan makanan berisiko seperti menjamurnya penjual gorengan dan menjadi makanan sehari-hari. Banyak ditemukan makanan cepat saji, makanan berkolesterol tinggi seperti jeroan, makanan bersantan, makanan instan, makanan dan minuman manis.

Untuk melakukan kegiatan pemicuan agar orang mempunyai perilaku makan makanan sehat, terlebih dahulu

digali informasi tentang pengetahuan dan kebiasaan masyarakat dalam mengkonsumsi makanan. Dalam diskusi, fasilitator menggali makanan sehari-hari yang dikonsumsi oleh agen perubahan.

“ Di keluarga saya kebiasaan makan gorengan sudah seperti kewajiban harus ada. Kebiasaan makan pagi harus ada gorengan, laki-laki merokok, aktifitas olah raga kurang..”

“... tentang konsumsi jeroan, tergantung uangnya, kalo pas banyak sama jeroan..kalo ga ada uang pakai tempe.. cuma kan yang makan ga orang madiun saja,pak.. biasanya yang makan orang luar madiun itu.. kita udah bosan.. jadi pakai peyek saja”

“..gorengan itu makanan murah tapi enak.. kalau makanan bergizi, harganya mahal penyuluhan agar tidak sering makan goreng-gorengan sudah ada.. tapi kalau sudah bicara dengan rasa... susah... saya waktu kecil biasa makanan digoreng... jadi susah kalau disuruh berubah....”

“Anak-anak di sekolah gak bawa makanan dari rumah, bawanya uang jajan. Terpaksa mereka beli jajan walaupun orangtua sudah mengingatkan jangan jajan, itu karena mereka tidak tahu.”

Selain itu, digali pula pendapat masyarakat tentang makanan sehat dan makanan berisiko PTM seperti makan berkolesterol, makanan manis, makanan kaleng, makanan instan, minuman bersoda. Dalam diskusi ditampilkan gambar makanan berisiko tersebut, kemudian agen perubahan menentukan apakah makan tersebut berisiko.

“... pola makan yang sehat adalah 4 sehat 5 sempurna, ada serat nya, protein karbo..”

“...dulu pedomannya 4 sehat 5 sempurna, sekarang menu yang seimbang..”

“Saya menghimbau kepada ibu-ibu balita mie berisiko, jawabannya dari ibu-ibu...anak saya senang banget kalau dikasih mie...”

“...makanan yang berisiko adalah makanan kaleng, yang diawetkan.. itu telur asin juga berisiko, soalnya ada pengawetnya..”

“...tiap orang kan beda-beda.. menurut saya ya makanan yang berformalin itu yang bahaya, seperti mie, ikan asin. Kalo yang dilarang pemerintah itu kan yang jangka panjang, kalo saya yang spontan saja akibatnya... Itu ndak apa-apa..kalo apa-apa kan gak mungkin dijual..”

“...makan buah dapat berguna untuk memperlancar BAB..”

“...sayur perlu untuk menambah vitamin..”

Dalam pemicuan juga didiskusikan pola makan yang sehat, dimana perlu memperhatikan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi serta waktu makannya, demikian juga jumlah makanan yang ideal untuk dikonsumsi adalah karbohidrat 55-65%, protein 10-15%, lemak 25-35%, makanan berserat, sedikitnya makan 5 porsi sayuran dan buah serta minum air minimal 2 liter/ hari. Demikian juga pentingnya gula, garam dan lemak. Sebagai pengantar diskusi dengan menampilkan gambar sesuai topik.

Cara pengolahan makanan yang dapat menjadikan makanan lebih berisiko juga menjadi bahan diskusi. Diharapkan dengan menggali dan mendiskusikan topik tersebut masyarakat secara tidak sadar sudah menambah pengetahuan tentang pola makan sehat.

Untuk pengetahuan detail agen perubahan diberi bahan berupa booklet, leaflet, poster dan lain-lain yang didapat dari Pusat Promosi Kesehatan dan Direktorat Pengendalian penyakit PTM, Kementerian Kesehatan RI. Bahan diberikan pada sat

pulang pemicuan dengan harapan, setelah Agen Perubahan terpicu akan mencari bahan untuk memenuhi keingintahuannya.

Masalah obesitas juga menjadi salah satu topik yang didiskusikan termasuk obesitas sentral yang meningkat secara signifikan hampir di semua kabupaten/kota seperti hasil Riset Kesehatan Dasar. Pada wanita, obesitas sentral lebih tinggi peningkatannya dibanding laki-laki pada tahun Riskesdas 2013.

4. Pemicuan Perilaku Aktifitas Fisik

Pemicuan perilaku aktifitas fisik bertujuan untuk memicu agen perubahan agar menyadari besaran masalah perilaku kurangnya aktivitas fisik di masyarakat, bahaya yang diakibatkan perilaku kurangnya aktivitas fisik dan adanya ancaman terhadap diri dan keluarga lingkungannya akibat perilaku kurang aktivitas fisik sehingga dapat timbul keinginan untuk berubah dan merubah lingkungan.

Pemicuan diawali dengan bersama-sama melakukan gerakan-gerakan yang diiringi dengan lagu, suasana menjadi sangat *fun*. Agen perubahan mulai yang muda sampai yang tua bergerak bersama-sama dengan fasilitator, sehingga suasana benar-benar cair dan ini bisa dilakukan sekitar 10 – 15 menit, setelah itu barulah mulai dengan diskusi aktifitas fisik.

Diskusi dibuka dengan menampilkan foto dan video hasil identifikasi wilayah. Agen perubahan memberikan komentar setelah melihat hasil foto dan video di wilayah desanya. Diskusi selanjutnya tentang kegiatan yang bisa disebut sebagai aktifitas fisik, bagaimana dengan aktifitas sehari-hari, perilaku sedentari dan contoh aktifitas fisik.

“ Aktifitas fisik adalah melakukan gerak, contoh mencangkul, mengayuh sepeda, mencuci dan mengepel...”

“Aktifitas fisik dilakukan secara terus menerus minimal 10 menit, penjelasan aktifitas fisik berat dan sedang, kurang aktifitas fisik mengakibatkan obesitas tampak diberi contoh foto obesitas seorang artis...peserta sebagai agen perubahan berkomentar, nah lho berat banget.....siapa berani.....”

“...macam aktifitas fisik adalah olah raga, jalan jalan, jalan kaki paling sedikit 30 menit , seperti mencuci, menimba.....jalan sehat.....”.

“... olah raga yang teratur, bekerja juga adalah aktifitas fisik..”

“... setiap pagi berjalan paling lama setengah jam..”

“... pokoknya menggerakkan semua anggota tubuh, bisa mengerjakan kegiatan rumah, berkebun, olah raga..”

“... bersih-bersih rumah dan lebih dari sepuluh menit.. itu lebih bermanfaat..”

“Kegiatan yang menggerakkan seluruh anggota badan dengan tenaga yang banyak contohnya olah raga bisa berat bisa ringan tergantung jenis olah raganya, menebang pohon bisa berat bisa ringan tergantung jenis pohonnya. Yang jelas kalo mengeluarkan tenaga yang banyak dan menimbulkan kelelahan dan kecapekan”.

Dari hasil diskusi fasilitator dan agen perubahan menyadari bahwa saat ini masyarakat sudah mulai berkurang melakukan aktifitas fisik untuk melakukan kegiatan sehari-hari karena mudahnya mendapatkan fasilitas transportasi terlihat dengan banyak kendaraan bermotor. Semakin berkurangnya lahan untuk bertani atau berkebun disekitar rumah sehingga semakin jarang melakukan kegiatan seperti bertani atau berkebun.

Namun demikian di balai desa atau di lingkungan warga ada kegiatan yang positif yang dapat menjadi fasilitas melakukan aktifitas fisik misalnya senam lansia, senam pada hari minggu, *car free day* dan sebagainya. Walaupun tidak semua kegiatan tersebut berjalan rutin.

Dalam sesi ini juga fasilitator memberikan contoh video singkat cara melakukan aktifitas fisik disela-sela kesibukan bekerja atau melakukan aktifitas fisik bersama pada saat bekerja. Dengan ini diharapkan agen perubahan dapat menerapkan kegiatan aktifitas fisik pada kesehariannya.

5. Penyakit Tidak Menular: hipertensi, stroke, Diabetes mellitus dan Jantung koroner

Setelah berdiskusi tentang perilaku merokok, pola makan dan aktifitas fisik yang dapat berisiko menjadi PTM, agen perubahan diharapkan mulai mengetahui dan menyadari adanya bahaya perilaku yang berisiko dalam kehidupan kesehariannya yang sebenarnya dapat dicegah jika kita mau dan menyadarinya. Kemudian agen perubahan diajak berdiskusi tentang penyakit yang diakibatkan perilaku berisiko oleh fasilitator. Dalam model ini PTM dibatasi pada hipertensi, stroke, diabetes mellitus dan Jantung koroner.

Dalam diskusi terlihat pengetahuan Agen Perubahan sangat bervariasi dengan kondisi ini diskusi berlangsung saling mengisi dan melengkapi dengan sesekali bersilang pendapat. Pendapat yang belum tepat dari peserta dapat saling melengkapi sehingga terjawab pada diskusi antara agen perubahn sendiri.

"...hipertensi harus diukur tekanan darahnya.. pencegahan hipertensi kurangi makan

garam, msg, makanan lemak, gorengan..."

" Hipertensi dapat dikurangi dengan tidak makan makanan berlemak..."

"... suami saya mempunyai tekanan darah tinggi.. dia malas kontrol.. kalau disuruh kontrol, dia tidak mau.. karena dia merasa tidak sakit.."

"Kalau penyakit banyak darah tinggi di lingkungan saya banyak, sakit kolesterol dan asam urat, padahal usianya baru seusia saya..."

" Teman pengajian saya kondisi sekarang sakit kalau ke pengajian dibantu kalau mau berdiri, akibat dari makanan yang salah..."

" Penyakit kecing manis tidak dapat disembuhkan, tapi bisa dikurangi kadar gula dengan aktifitas dan diet.."

" Penyakit jantung karena ada sumbatan pada pembuluh darah, juga karena merokok.."

"Gejala kencing manis biasanya orang merasakan kencing diatas normal (sering kencing), sakit kepala, otot2 terasa kaku, pegal2 di setiap sendi, penurunan berat badan karena badan tidak bisa menyerap makanan dan langsung dikeluarkan melalui urine"

" Penyakit kencing manis bisa menyebabkan jantung, penyakit ginjal.."

"Di daerah sini ada yang sakit jantung masih muda ,katanya di pasang apa supaya darahnya lancar di RS Bunut Sukabumi"

Peserta di akhir sesi ini diajak menyaksikan film tentang kematian mendadak yang disebabkan karena serangan jantung koroner. Peserta nampak tercenung setelah menyaksikan film tersebut terutama peserta yang merasa berperilaku berisiko dalam kesehariannya.

Pada setiap kelompok agen perubahan di tiap daerah muncul peserta yang menjadi oposisi dan selalu mencari pembenaran terhadap perilaku yang berisiko. Tapi setelah sesi

ini nampak mulai menurunkan suara lantangnya dan nampak tercenung.

Setelah sesi ini Agen perubahan pulang ke rumah masing-masing, setelah melewati pemicuan hari ke dua ini diharapkan peserta mulai berpikir dan merenung sehingga muncul keinginan untuk berperilaku lebih sehat.

6. Pemeriksaan Fisik

Langkah selanjutnya adalah pemeriksaan kesehatan secara spontan pada agen perubahan oleh tim puskesmas yang bertugas sebagai fasilitator. Pemeriksaan meliputi tekanan darah, Berat badan, lingkaran perut dan gula darah sewaktu. Dari pemeriksaan tersebut terdapat peserta hasil pemeriksaan lingkaran perut lebih besar dari normal (Normal: Laki-laki < 90 cm dan perempuan , 80 cm), tensi darah lebih dari 140 /90 mmHg. Dan gula darah sewaktu >200. Ada kemungkinan hasil cek kesehatan agen perubahan yang sebagai peserta pemicuan tidak baik walaupun tidak merasakan keluhan dan merasa tidak sakit. Hal ini dapat menumbuhkan motivasi agen perubahan untuk melakukan perubahan gaya hidup sehat yang lebih baik. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk memicu dan menyadarkan peserta bahwa siapapun dapat menderita sakit PTM yang disebabkan karena perilaku berisiko yang sebetulnya dapat dikendalikan dengan berperilaku sehat.

7. Perenungan

Perenungan merupakan kegiatan tahap akhir yang dilakukan pada model P2TMBM. Sesi ini merupakan antiklimaks setelah proses pemicuan yang memancing emosi Agen Perubahan. Pada sesi ini perlu disiapkan ruangan yang tertutup dengan pencahayaan yang tidak terlalu terang atau lampu dimatikan. Suasana tempat juga perlu yang tenang bukan

tempat lalu lalanganya orang. Peserta diminta untuk men *silent handphone* masing-masing atau mematikan untuk sementara.

Setelah tempat dan suasana disiapkan peserta diminta untuk duduk dengan posisi paling rileks, dalam hitungan mundur diminta memejamkan mata. Fasilitator mulai memutar lagu secara perlahan kemudian peserta diminta untuk menarik napas dalam beberapa kali dan diminta untuk membayangkan suatu kondisi dimana saat itu seolah sedang dalam peti mati. Fasilitator perlahan membacakan naskah puisi yang telah dipersiapkan.

Naskah puisi sengaja dibuat menggambarkan perilaku kita selama hidup terkait perilaku berisiko PTM yang membawa dampak pada lingkungan jika kita tidak peduli. Kemudian diakhir puisi berisi himbauan atau ajakan untuk peduli dengan berperilaku sehat selagi kita ada kesempatan atau masih punya waktu di dunia ini.

Setelah selesai puisi dibacakan peserta secara perlahan diminta untuk membuka mata kembali. Perenungan selesai peserta kembali pada dunia nyata. Selama perenungan biasanya terdengar beberapa peserta yang sesekali menarik napas dalam, bahkan tidak jarang sampai menangis.

Biarkan sekitar 5 - 10 menit untuk beradaptasi kembali. Agen perubahan diminta untuk menyampaikan refleksi tentang perasaannya setelah perenungan.

“ Marilah kita hidari perilaku yang tidak berguna, dan bekal ilmu perilaku sehat ini kita jadikan amal sholehah kita untuk masyarakat desa kebon agung...”

“ Alhamdulillah kita termasuk yang mendapat hidayah, ada bekal ilmu untuk keluarga, suami, anak saya harap suami bias berhenti merokok baik diluar maupun di dalam rumah....”

“ Kita patut bersyukur, betapa pentingnya sehat, tanpa punya rencana , Allah swt menghentikan kami untuk merokok. InsyaAllah tadi malam kami sudah bergerak di masyarakat dalam komunitas yasinan dan sdh disampaikan perilaku sehat termasuk diri saya, semoga apa yg kita peroleh bermanfaat utk kita sendiri dan orang lain. Dengan pertemuan ini kita memperoleh banyak pembelajaran, penggerak keluarga adalah ibu ibu sebagai pendorong keluarga berperilaku sehat...”

“Di dalam hidup pasti ada cobaannya maka dari itu kita beteul-betul menelusuri, merenungi keadaan saya sewaktu masih hidup, mungkin ada kesalahan yang lama dipendam atau kesalahan kepada orangtua, itu yang menyebabkan anda mendapat cobaan seperti bu D dan M. Kalau soal pola hidup sehat dalam merokok pun dinyatakan bebas dari merokok orang pasti sehat saya tidak yakin betul karena penyakit bermacam-macam alasan dan alasannya. Rokok itu menyebabkan kematian dan penyakit-penyakit yang begitu banyak tertera. Maka dari itu marilah kita menjaga pola makan, menjaga kesehatan, saling menasehati, saling menolong. Kalo itu semua kita jalankan dengan baik, kerukunan akan bertambah, kesehatan bertambah dan penyakit-penyakit akan berkurang..”

8. Rencana Tindak Lanjut

Sebelum penyusunan rencana tindak lanjut peserta, diberi gambaran apa yang akan terjadi jika tidak melakukan upaya dalam pengendalian penyakit tidak menular. Demikian Jika kita melakukan upaya apa yang mungkin dapat dilakukan (diberi contoh-contoh). Agen perubahan juga diajak diskusi apakah mungkin untuk melakukan suatu kegiatan di wilayahnya. Kegiatan tidak perlu yang besar, dimulai dengan diri sendiri, keluarga dan lingkungan terdekat.

Selanjutnya agen perubahan diminta untuk membuat rencana tindak lanjut, dapat bentuk perorangan dan kelompok sesuai dengan kemampuan dan sumberdaya yang ada di masyarakat. Peserta membuat kelompok sendiri yang menurutnya dapat melakukan kegiatan bersama-sama untuk mengubah perilaku yang berisiko menjadi perilaku sehat dengan memberikan informasi dan melakukan aksi bersama.

Beberapa hal yang dilakukan oleh setiap kelompok dalam membangun RTL adalah kegiatan yang akan diperbuat agen perubahan untuk melakukan perubahan yang memungkinkan untuk dilakukan:

- Mengidentifikasi perubahan yang dapat dilakukan. Melalui kegiatan anggota kelompok, dilakukan pencatatan tentang bentuk-bentuk perubahan apa yang perlu dilakukan untuk menghindarkan masyarakat disekitarnya dari risiko penyakit tidak menular.
- mencatat dan mengidentifikasi perubahan yang akan dilakukan, anggota kelompok kemudian menyusun ulang berdasarkan kelayakan pelaksanaannya. Ini hal yang dilakukan bersama oleh kelompok agar bentuk perubahan yang akan dilakukan, dapat dimulai dari yang paling mudah dilakukan.
- Menyusun kalender rencana aksi. Peneliti sudah membuatkan kalender kegiatan sebagaimana tampak pada gambar dibawah. Agen perubahan mencatat kegiatan yang direncanakan dan menempelkan stiker berwarna pada tanggal pelaksanaan.

“ Saya sebagai pengurus NU, lembaga sosial kami akan melakukan program social, setiap setahun sekali menyantuni anak yatim, kita menaruh kotak amal di lokasi kecamatan didaerah srengat....”.

“ Sebagai pengurus Anshor , 3 hari ke depan ada acara bedah buku, masalah social politik, menyiapkan remaja , pemuda mempunyai tanggung jawab pada masyarakat..”.

“ Sebagai ketua koperasi wanita di desa, Insyallah saya sebarakan pada saat pertemun koperasi dan posyandu lansia...”.

“ sebagai pengurus koperasi wanita di desa, akan kami sosialisasikan pada rapat umum anggota setahun sekali, juga sebagai kader posyandu balita dan lansia...”.

Ketika melakukan kegiatan/aksi, agen perubahan diminta untuk menuliskan pada kalender kegiatan yang diberikan. Selain itu semua kegiatan di harapkan didokumentasikan dengan menggunakan kamera dan hp masing-masing. Fasilitator puskesmas dan kecamatan diharapkan melakukan monitoring ketika kegiatan berlangsung. Semua dokumen ini akan menjadi alat monitoring dan evaluasi fasilitator dan peneliti.

BAB 5

AKSI AGEN PERUBAHAN

Setelah selesai pemicuan agen Perubahan melakukan aksi sesuai dengan rencana tindak lanjut yang dibuat. Aksi disarankan dilakukan dimulai dengan yang paling mungkin dan mudah untuk dilakukan. Biasanya agen perubahan memulai dengan melakukan perubahan pada diri sendiri dan mensosialisasikan hasil pemicuannya pada keluarga dan lingkungan terdekatnya terlebih dahulu. Fasilitator puskesmas yaitu staf puskesmas program Promosi kesehatan dan program melakukan fasilitasi dan monitoring selama agen perubahan melakukan aksi di lapangan. Fasilitasi diharapkan dapat diberikan jika agen perubahan menemukan permasalahan atau memerlukan bantuan materi terkait PTM atau fasilitas lainnya terkait perannya sebagai agen perubahan.

Penguatan proses pemicuan dilakukan dengan mengumpulkan agen perubahan di balai desa atau tempat di wilayahnya. Permasalahan yang terjadi di lapangan diharapkan dapat mendapat solusi ketika booster dilaksanakan.

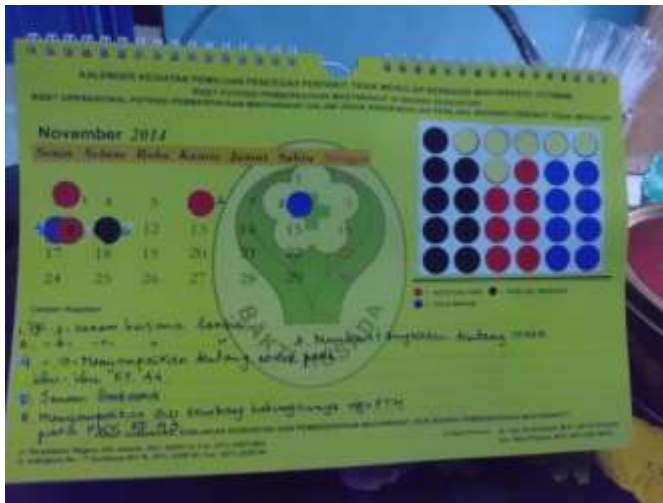
Permasalahan yang sering ditemukan saat booster adalah masih ada agen perubahan yang merasa kurang percaya diri dalam melakukan aksi di luar lingkungan keluarganya. Fasilitator akan berdiskusi untuk mencari solusi, antara lain dengan menyarankan melakukan kegiatan kelompok dengan agen perubahan lain untuk kegiatan yang lebih besar.

Banyak agen perubahan yang membutuhkan bahan untuk media ketika melakukan kegiatan. Fasilitator akan berupaya membantu fasilitas yang dibutuhkan walaupun pada kenyataannya masih minim ketersediaan media yang dibutuhkan. Dengan keterbatasan muncul kreatifitas dari agen perubahan, mereka mencari bahan sendiri dari majalah, koran

atau browsing di internet kemudian ditulis sendiri sebagai bahan ketika menyampaikan materi di lapangan.

Fasilitator juga turut serta terjun ke lapangan mengunjungi rumah, kantor desa dari agen perubahan. Tujuannya adalah untuk bertemu dan melihat langsung aksi yang dilakukan sekaligus melakukan konfirmasi tentang aksi tersebut. Dilakukan silaturahmi pada keluarga, tetangga, lokasi pengajian dan kegiatan yang sedang berlangsung oleh agen perubahan.

Kalender monitoring juga dimanfaatkan oleh Agen perubahan untuk mencatat kegiatannya.



Gambar 4. Contoh Kalender Monitoring

Hal menarik adalah munculnya bervariasi kegiatan/aksi agen perubahan. Dengan kreatifitasnya agen perubahan melakukan aksi sesuai dengan kapasitasnya masing-masing. Tidak ada batasan dalam melakukan aksi, membuat Agen Perubahan bebas mengembangkan idenya yang terkadang tidak tidak terfikirkan sebelumnya oleh fasilitator maupun tim peneliti. Walaupun merupakan agen perubahan di wilayah

desanya terkadang aksinya dapat lebih luas mencakup lintas wilayah desa bahkan kecamatan.

Agen perubahan diharapkan melakukan aksi setelah pemicuan dilaksanakan. Aksi yang pertama dilakukan biasanya adalah upaya pengubahan perilaku pada diri sendiri, keluarga dan lingkungan keluarga.

BAB 6

KENDALA DAN TANTANGAN

Pemberdayaan masyarakat melalui Model Pemicuan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat (P2TMBM) merupakan model intervensi dapat diterapkan oleh fasilitator di masyarakat dengan melakukan dialog, pemanfaatan teknologi videografi dan fotografi sederhana dan perenungan dalam melakukan pemicuan. Model Pemicuan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Masyarakat mengintegrasikan kegiatan promotif dan preventif antara fasilitator lintas program dalam hal ini program promosi kesehatan dan Program penyakit Tidak Menular, lintas Sektor dengan BPM dan kecamatan.

Pemicuan dan perenungan yang difasilitasi oleh petugas kesehatan puskesmas terlatih (fasilitator) menumbuhkan kesadaran kolektif masyarakat mengenai besarnya masalah, kegawatan, serta urgensi perlunya pengendalian PTM dan faktor risiko PTM di lingkungan mereka untuk melibatkan diri (*to engage*) dan memutuskan (*to decide*) segera melakukan berbagai upaya penanggulangan faktor risiko PTM bagi dirinya sendiri dan di sekitar tempat tinggal mereka sesuai dengan kapasitas, kesempatan dan sumber daya yang mereka miliki.

Pemilihan fasilitator dengan mempertimbangkan kondisi di lapangan merupakan kunci yang penting. Perlu dikembangkan model monitoring dan evaluasi yang lebih komprehensif dan indikator keberhasilan mengacu pada SPM akan lebih menunjukkan manfaat model pemicuan ini dalam meningkatkan IPKM/IPM

Beberapa kendala dan tantangan dalam mengimplementasikan model pemicuan untuk pengendalian penyakit tidak menular yaitu konsistensi agen perubahan yang harus terus dipelihara. Kemudian untuk kesinambungan dan pengembangan model perlu digali sumber dana yang ada di daerah .

Pemberdayaan masyarakat melalui pemicuan ini semestinya terintegrasi program antara Direktorat Promosi Kesehatan dan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Sinergi pemerintah dan masyarakat diperlukan dalam upaya pengendalian dan pencegahan penyakit menular agar dapat berjalan efektif. Tidak hanya berjalan di satu wilayah saja namun diharapkan kegiatan pemberdayaan masyarakat ini dapat ditiru dan dilaksanakan pada wilayah lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Baghianimoghadam, M. (2017). The Effect of Training Based on Precaution Adoption Process Model (PAPM) on Rural Females' Participation in Pap smear. *British Journal of Pharmaceutical Research*, 16(6), 1-7. <https://doi.org/10.9734/bjpr/2017/32965>
- Janz, N. K., & Becker, M. H., (1984). *The Health Belief Model: a decade later*. Sophe, 1-47.
- Kementrian Kesehatan kes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan,.(2008),Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, Jakarta
- Kementrian Kesehatan kes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan,.(2014),Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, Jakarta
- Kementrian Kesehatan kes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan,.(2019),Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, Jakarta
- (<http://publichealthjournal.helpingpeopleideas.com/ice-breaking>).Ice Breaking- The Succes Key of Event ?. Diunduh 21 Oktober 2015.
- Peranan Pendamping Masyarakat.
([http://hapmi.org/2013/01/11/peranan -pondamping-masyarakat/](http://hapmi.org/2013/01/11/peranan-pondamping-masyarakat/)). Di unduh pada 19 oktober 2015.
- Soegiarto Soekidjan, SPKJ. (2009), *Komitmen Organisasi Sudahkah Menjadi Bagian dari Kita*.
- Weinstein, Neil D; Sandman, Peter M; Blalock, Susan J. *The Precautions Adoption Model*.

WHO, 2010. Global Status Report on Non-Communicable Diseases. WHO, Geneva.

World Health Organization. 2011. *Noncommunicable Diseases Country Profiles* 2011. Geneva Switzerland: WHO Press, tersedia di:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf, disunting 2 Desember 2015.

World Health Organization. 2023. Noncommunicable Diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Di akses pada tanggal 20 Mei 2024

BIODATA PENULIS

Tety Rachmawati

Penulis lahir di Bandung tanggal 27 November. Penulis menyelesaikan S1 di Fakultas kedokteran Universitas Trisakti Jakarta dan S2 Psikologi Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya. Pengalaman Penelitian pemberdayaan masyarakat dilakukan pada tahun 2014-2022 selama di Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Saat ini sebagai Peneliti Ahli Madya di Badan Riset dan Inovasi Nasional dengan kepakaran Pelayanan Kesehatan.

Rustika

Penulis lahir di Sukabumi tanggal 25 Juni . Penulis Meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat S1,S2 dan S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Memiliki kepakaran bidang Epidemiologi dan Biostatistik Di samping itu, mempunyai minat keilmuan bidang Penyakit Tidak menular (PTM) dan Kesehatan Haji. Anggota Redaksi Jurnal, menjadi dosen ,membimbing dan menguji mahasiswa program S-1, S-2 serta S-3 di berbagai Universitas. Saat ini penulis bekerja sebagai Peneliti Ahli Utama (Profesor Riset) dan ketua Komisi Etik Kesehatan di Badan Riset Inovasi Nasional.

Setia Pranata

Dilahirkan di Mojokerto pada tahun 1966. Setelah menyelesaikan pendidikan S1 di Antropologi Unair, sempat bekerja di perusahaan swasta dan kemudian diterima sebagai peneliti di Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Kepakaran sebagai peneliti adalah perilaku kesehatan. Dalam 10 tahun terakhir banyak melakukan kegiatan penelitian tentang

etnografi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Untuk saat ini bekerja sebagai peneliti di Badan Riset dan Inovasi Nasional.

Herti Windya Puspasari

Penulis lahir di Jakarta tanggal 21 Desember. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, kemudian melanjutkan magister kesehatan masyarakat di Sekolah Pascasarjana Universitas Prof. Dr Hamka Jakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai Peneliti Ahli Muda di Badan Riset Inovasi Nasional.

Rozana Ika Agustiya

Penulis lahir di Pekalongan pada tanggal 17 Agustus. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Psikologi di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, kemudian melanjutkan pendidikan magister Psikologi Terapan di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Saat ini penulis bekerja sebagai Peneliti Ahli Muda di Badan Riset Inovasi Nasional.

Syarifah Nuraini

Penulis yang bekerja di Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Badan Riset Inovasi Nasional ini memiliki latar belakang pendidikan S1 Sosiologi dan S2 Demografi, yang keduanya ditempuh di Universitas Indonesia. Lahir di Jakarta di bulan Juni, dan memiliki hobi nonton film dan membaca buku. Isu yang diminati antara lain sosial budaya kesehatan, kesehatan keluarga dan pemberdayaan masyarakat.