



Pustaka Aksara

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Untuk Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi di Lingkungan Lahan Basah

DESA PEMURUS RT 7

KELOMPOK 14

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
TAHUN 2019

KAMPUS BARU
JALAN ALPINE
KOTA BANJAR PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses pembangunan yang membuat masyarakat berinisiatif untuk memulai proses kegiatan sosial dalam memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri. Pemberdayaan di masyarakat hanya dapat terjadi apabila masyarakat itu sendiri ikut berpartisipasi. Keberhasilan suatu program pemberdayaan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh pihak yang melakukan pemberdayaan, tetapi juga oleh aktifnya pihak yang diberdayakan untuk mengubah situasi dan kondisi menjadi lebih baik dari sebelumnya.

Buku ini merupakan hasil kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) mahasiswa program studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Angkatan 2018 kelompok 14 yang bertugas di Desa Pemurus RT 003A, Kecamatan Alih-Alih, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan. Dalam kegiatan PBL ini, mahasiswa melakukan berbagai kegiatan pemberdayaan, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit Hipertensi dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta dapat mencegah timbulnya atau kambuhnya penyakit Hipertensi, khususnya pada masyarakat kelompok umur kategori dewasa dan usia lanjut yang ada di Desa Pemurus RT.003A.

Buku ini sangat bermanfaat untuk dibaca sekaligus referensi bagi petugas kesehatan di Puskesmas, Dinas Kesehatan, Bidang Desa, Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat serta masyarakat luas yang peduli dengan keadaan masyarakat di lingkungannya.

ISBN: 978-623-6168-75-2



9 786236 168752

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI DI LINGKUNGAN LAHAN BASAH



Pustaka Aksara

Penulis
HADRIANTI HD LASARI, SKM, MPH
SITI WARDI
AMALDA HIDAYANTI
ERLIN OKTA RIZKIA
NOORLIANA

**PEMBERDAYAAN
MASYARAKAT UNTUK
PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN HIPERTENSI
DI LINGKUNGAN LAHAN
BASA
(Kegiatan Pengabdian di Desa
Pemurus, Kecamatan Aluh-Aluh,
Kabupaten Banjar)**

**Hadrianti HD Lasari, SKM., MPH
Siti Warda
Amalda Hidayanti
Erlin Okta Rizkia
Noorliana**

**Unit Pengelola PBL
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung Mangkurat**

Tahun 2021



**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK PENCEGAHAN
DAN PENGENDALIAN HIPERTENSI DI LINGKUNGAN
LAHAN BASAH
(Kegiatan Pengabdian di Desa Pemurus, Kecamatan Aluh-Aluh,
Kabupaten Banjar)**

Penulis : Hadrianti HD Lasari, SKM., MPH
Siti Warda
Amalda Hidayanti
Erlin Okta Rizkia
Noorliana

Desain Sampul : Risqi maulana safiro alamsyah Putra
Tata Letak : Aurelia Khoirunnisa

ISBN : 978-623-6168-75-2

Diterbitkan oleh : **PUSTAKA AKSARA, 2021**

Redaksi:

Jl. Karangrejo Sawah IX nomor 17, Surabaya

Telp. 0858-0746-8047

Laman : www.pustakaaksara.co.id

Surel : info@pustakaaksara.co.id

Anggota IKAPI

Cetakan Pertama : 2021

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan Rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan buku ini.

Dengan selesainya buku ini tidak terlepas dari bantuan dari banyak pihak yang telah memberikan masukan-masukan kepada kami. Untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Laily Khairiyati, SKM., MPH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
2. Tim Unit Pengelola Pengalaman Belajar Lapangan (UP PBL) Program Studi Kesehatan Masyarakat
3. Ibu Hadrianti H.D Lasari, SKM., MPH selaku Pembimbing Kelompok XIV
4. Bapak Mukni selaku Ketua RT.003A Desa Pemurus.
5. Seluruh Masyarakat RT.003A Desa Pemurus

Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dari buku ini, baik dari materi maupun teknik penyajiannya, mengingat kurangnya pengetahuan dan pengalaman penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan.

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------|------|
| Kata Pengantar | i |
| Daftar Isi..... | iv |
| Daftar Tabel | vii |
| Daftar Gambar..... | viii |

BAB I

| | |
|-------------------------------------|----------|
| PENGANTAR PEMBERDAYAAN | 1 |
|-------------------------------------|----------|

BAB II

| | |
|---|----------|
| PENTINGNYA PEMBERDAYAAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT | 5 |
| Tujuan Pemberdayaan Masyarakat | 6 |
| Tahapan Pemberdayaan Masyarakat | 6 |

BAB III

| | |
|---|----------|
| RUANG LINGKUP KEJADIAN HIPERTENS | 8 |
|---|----------|

BAB IV

| | |
|---|-----------|
| PEMETAAN DAN PEMECAHAN MASALAH KEJADIAN HIPERTENSI | 19 |
| A. Gambaran Umum Desa Pemurus | 20 |
| 1. Letak Geografis | 20 |
| 2. Demografi | 21 |
| 3. Sosial Ekonomi | 22 |
| B. Pemetaan dan Pemecahan Masalah | 35 |

BAB V

| | |
|--|-----------|
| TEORI PROMOSI KESEHATAN TERKAIT PEMBERDAYAAN MASYARAKAT | 64 |
|--|-----------|

BAB VI

| | |
|---|-----------|
| MODEL-MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI LINGKUNGAN LAHAN BASAH..... | 78 |
|---|-----------|

BAB VII

BENTUK INTERVENSI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA KASUS/KEJADIAN HIPERTENSI84

- A. Penyuluhan Terkait Penyakit Hipertensi 93
- B. Senam Rutin..... 98

BAB VIII

MONITORING DAN EVALUASI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA KEJADIAN HIPERTENSI101

- A. Monitoring dan Evaluasi101
 - 1. Monitoring101
 - 2. Evaluasi101

DAFAT PUSTAKA105

TENTANG PENULIS113

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1 Jenis Kelamin Responden..... | 25 |
| Tabel 2 Penentuan Prioritas Masalah Dengan Metode MCUA | 39 |
| Tabel 3 Alternatif Pemecahan Masalah GD..... | 49 |
| Table 2 Hasil MCUA Alternatif Pemecahan Masalah..... | 52 |
| Tabel 4. 1 Pelaksanaan Intervensi di Desa Pemurus RT. 003A..... | 96 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------------|--|----|
| Gambar 1 | Proses Pembuatan Mapping RT. 003A | 21 |
| Gambar 2 | Hasil Mapping RT. 003A | 21 |
| Gambar 3 | Proses Pengumpulan Data Primer RT. 003A PBL 1 Kelompok 14 PSKM ULM Tahun 2020 | 22 |
| Gambar 4 | Proses Pengecekan Tekanan Darah Sebagai Data Primer RT. 003A PBL 1 Kelompok 14 PSKM ULM Tahun 2020 | 26 |
| Gambar 5 | Grafik Pekerjaan Responden di Desa Pemurus RT.003A | 26 |
| Gambar 6 | Grafik Penyakit Hipertensi di Desa Pemurus RT. 003A | 27 |
| Gambar 7 | Video Mengenai Edukasi Penyakit Hipertensi | 28 |
| Gambar 8 | Video Mengenai Definisi Penyakit Hipertensi..... | 28 |
| Gambar 9 | Video Mengenai Gejala Penyakit Hipertensi..... | 29 |
| Gambar 10 | Video Mengenai Faktor Risiko Penyakit Hipertensi .. | 29 |
| Gambar 11 | Video Mengenai Komplikas Penyakit Hipertensi | 29 |
| Gambar 12 | Video Mengenai Pencegahan Penyakit Hipertensi ... | 30 |
| Gambar 13 | Video Mengenai Senam Rutin | 32 |
| Gambar 14 | Video Senam Pemanasan | 32 |
| Gambar 15 | Video Senam Pemanasan | 32 |
| Gambar 16 | Video Senam inti | 33 |
| Gambar 17 | Video Senam Pendinginan | 33 |
| Gambar 18 | Poster Covid - 19..... | 34 |
| Gambar 19 | Fishbone..... | 48 |
| Gambar 20 | Alur Rencana Kegiatan Intervensi | 56 |
| Gambar 21 | Kerangka Kerja HESIAD untuk promosi kesehatan .. | 65 |
| Gambar 22 | Model Promosi Kesehatan | 66 |
| Gambar 23 | Tiga Kriteria Umum dalam Promosi Kesehatan | 68 |
| Gambar 24 | Kerangka konseptual untuk promosi kesehatan | 73 |
| Gambar 25 | Pendataan Rumah Warga..... | 84 |
| Gambar 26 | Observasi kondisi masyarakat..... | 85 |
| Gambar 27 | Observasi kondisi masyarakat..... | 85 |
| Gambar 28 | Observasi kondisi masyarakat..... | 85 |
| Gambar 29 | Kegiatan MTK I..... | 86 |
| Gambar 30 | Kegiatan MTK I..... | 86 |

| | |
|--|----|
| Gambar 31 Kegiatan MTK I | 87 |
| Gambar 32 Foto Bersama Masyarakat | 87 |
| Gambar 33 Kegiatan FGD | 88 |
| Gambar 34 Kegiatan FGD | 88 |
| Gambar 35 Foto Bersama Masyarakat | 89 |
| Gambar 36 Kegiatan FGD | 89 |
| Gambar 37 Kegiatan FGD | 90 |
| Gambar 38 Foto Bersama Masyarakat | 90 |

BAB I

PENGANTAR PEMBERDAYAAN

Menurut Mubarak (2010), pemberdayaan masyarakat dapat dimaknai sebagai upaya mengembalikan atau meningkatkan kemampuan suatu komunitas untuk bertindak bermartabat dan memiliki martabat dalam menjalankan hak dan tanggung jawabnya sebagai anggota masyarakat. Foy (1994) mengatakan beberapa kajian mengenai pemberdayaan masyarakat sering dimaknai sebagai upaya yang dilakukan oleh anggota masyarakat untuk memberikan kekuasaan sehingga suara mereka didengar sebagai penyumbang perencanaan dan keputusan yang mempengaruhi masyarakat (Cislaghi and Heise, 2019).

Ketika memikirkan pemberdayaan masyarakat, kita perlu menarik teori dan praktik puluhan tahun yang berkaitan dengan pengembangan dan pemahaman pembangunan masyarakat. Salah satu bagian dari proses pemberdayaan masyarakat adalah memungkinkan individu atau kelompok untuk dapat berusaha menuju pembangunan mereka sendiri. Dalam mendefinisikan makna dari "komunitas" tidaklah mudah. Hal ini dikarenakan sekelompok orang yang tinggal dalam suatu wilayah geografis yang sama tidak selalu memiliki kebutuhan atau tujuan yang sama dalam hidup. Ketika sekelompok orang mulai menyadari bahwa ada cara dimana upaya mereka dapat membuat perbedaan, maka tentu akan menjadikan mereka merasa lebih kuat dan lebih mampu berkontribusi dalam proses pembangunan (Muljono, 2011).

Menurut Sumarjo dan Saharuddin (2004) karakteristik orang yang dapat diberdayakan adalah sebagai berikut (Muljono, 2011):

- a) Mampu mengetahui dan memahami potensi mereka.
- b) Mampu merencanakan dan mampu mengarahkan diri mereka sendiri
- c) Memiliki kemampuan dalam bernegosiasi dan bekerja sama yang saling menguntungkan
- d) Bertanggung jawab terhadap tindakan yang mereka lakukan sendiri.

Kegiatan pemberdayaan masyarakat dikatakan memiliki perkembangan yang pesat jika program tersebut dilaksanakan sesuai dengan potensi dan lingkungannya masing-masing. Kesesuaian tersebut perlu diperjelas lebih lanjut melalui tahapan penilaian kebutuhan (*need assesstment*). Penilaian kebutuhan merupakan tahapan pertama dalam melakukan perencanaan program pemberdayaan masyarakat. Proses ini merupakan tahapan dalam mengumpulkan data dan informasi mengenai perencanaan program yang akan dilaksanakan. Dalam mengidentifikasi kebutuhan, ketelitian sangat diperlukan dalam proses mengumpulkan dan mengolah data (Purnomo *et al.*, 2020).

Konsep pengembangan masyarakat membutuhkan kolaborasi dan keterlibatan dari semua pihak termasuk kementerian, departemen, lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan yang paling penting adalah keterlibatan aktif dan partisipasi dari anggota masyarakat yang akan merencanakan, mengeksekusi, mengevaluasi dan menetapkan tonggak sejarah untuk pembangunan mereka sendiri. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa dasar dari keberhasilan program pengembangan masyarakat adalah kemampuan masyarakat itu sendiri. Kemampuan komunitas akan muncul ketika semua anggota berpartisipasi aktif dalam program pengembangan. Potensi mereka akan dapat dikembangkan untuk memastikan bahwa mereka mampu merencanakan, mengimplementasikan, membuat keputusan dan lebih memperluas pembangunan sesuai dengan kebutuhan mereka sendiri dan masyarakat tanpa intervensi maksimum dari pihak luar (Fauziah *et al.*, 2017).

Pada pemberdayaan desa, lembaga masyarakat desa bertugas memberdayakan masyarakat desa, berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan, serta meningkatkan pelayanan masyarakat desa. Sebagai mitra pemerintahan desa, tugas lembaga desa meliputi (Angelia *et al.*, 2020):

1. Menyusun rencana pengembangan partisipatif
2. Melaksanakan, mengontrol, memanfaatkan, memelihara dan mengembangkan pengembangan partisipatif

3. Memobilisasi dan mengembangkan pengembangan partisipasi, gotong royong dan swadaya masyarakat.
4. Mengembangkan kondisi dinamis masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat

Jenis organisasi kerakyatan yang terdapat di desa seperti (Angelia *et al.*, 2020):

1. Rukun Tetangga (RT)
2. Rukun Warga (RW)
3. Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK)
4. Karang Taruna
5. Lembaga Pemberdayaan Masyarakat (LPM).

Sehingga pada pemberdayaan masyarakat, lembaga sosial dalam melaksanakan tugasnya memiliki beberapa fungsi, yakni (Angelia *et al.*, 2020):

1. Pengumpulan dan pendistribusian aspirasi masyarakat dalam pembangunan
2. Penanaman dan pemupukan rasa persatuan dan kesatuan masyarakat
3. Peningkatan kualitas dan percepatan pelayanan pemerintahan kepada masyarakat
4. Menyusun rencana
5. Melaksanakan pelestarian dan pengembangan hasil pembangunan partisipatif
6. Pengembangan dan penggerak inisiatif masyarakat
7. Partisipasi, dan swadaya dalam pembangunan masyarakat
8. Pemberdayaan dan peningkatan kesejahteraan keluarga
9. Pemberdayaan hak politik masyarakat.

Selanjutnya, tugas dan fungsi lembaga sosial disesuaikan secara khusus berdasarkan jenis lembaga.

Pemberdayaan tidak berarti mendapatkan 'kekuasaan' atas individu atau lembaga lain. Terdapat tiga poin penting tentang pemberdayaan yang harus diperhatikan. Pertama, pemberdayaan adalah istilah yang populer dan cenderung sering digunakan,

seringkali tanpa mempertimbangkan implikasi nyata dari istilah tersebut. Kedua, pemberdayaan bukanlah tentang orang-orang yang merasa lebih baik tentang diri mereka sendiri, melainkan tentang orang-orang yang meningkatkan kendali mereka atas masalah-masalah yang berdampak pada. Pemberdayaan juga tentang organisasi yang bekerja secara demokratis, dan komunitas yang bekerja secara konstruktif untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Ketiga, pemberdayaan bukanlah sesuatu yang dapat 'dilakukan' untuk seseorang atau komunitas. Melainkan, orang dan komunitas hanya dapat memberdayakan diri mereka sendiri dalam proses interaktif (Taylor *et al.*, 2020).

Salah satu bentuk upaya pemberdayaan masyarakat yang umumnya digandengkan dengan kegiatan akademik di perguruan tinggi adalah melalui kegiatan Kuliah Kerja Nyata (KKN), Pengalaman Belajar Lapangan (PBL), dan magang.

Yang menarik adalah kegiatan PBL di Program Studi Kesehatan Masyarakat. PBL merupakan salah mata kuliah yang menunjang pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, dan tertuang dalam kurikulum nasional sehingga menjadi agenda rutin yang wajib ada pada ilmu kesehatan masyarakat di seluruh Indonesia.

BAB II

PENTINGNYA PEMBERDAYAAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses pembangunan yang membuat masyarakat berinisiatif untuk memulai proses kegiatan sosial untuk memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri. Pemberdayaan masyarakat hanya bisa terjadi apabila masyarakat itu sendiri ikut pula berpartisipasi. Jadi kata kunci dari pemberdayaan adalah proses pembangunan, masyarakat berinisiatif, memperbaiki situasi kondisi diri sendiri. Yang berarti keberhasilan dari program atau kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh pihak yang melakukan pemberdayaan, tetapi juga ditentukan oleh ikut sertanya pihak yang diberdayakan untuk mengubah situasi dan kondisi menjadi lebih baik dari sebelumnya (Dedeh and Nainggolan, 2019).

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah sebuah upaya pengembangan pengetahuan, sikap serta perilaku masyarakat agar lebih berkemampuan menangani persoalan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah proses pemberian informasi yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan serta membantu sasaran, dari aspek pengetahuan yaitu agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu/sadar, dari aspek sikap yaitu tahu menjadi mau dan dari aspek tindakan yaitu dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (Restuastuti *et al.*, 2017).

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan yang berada di Kabupaten/Kota, yang tugasnya bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu wilayah kecamatan melalui pemberdayaan masyarakat sesuai dengan Kepmenkes No 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Puskesmas. Pemberdayaan masyarakat sendiri telah diketahui oleh seluruh puskesmas di Indonesia, pemberdayaan masyarakat yang menjadi salah satu fungsi puskesmas dan telah cukup lama diperkenalkan

masih belum banyak diketahui. Kondisi ini menimbulkan sebuah kesulitan dalam penilaian dan pembuatan program untuk meningkatkan kualitas upaya pemberdayaan masyarakat (Restuastuti *et al.*, 2017).

Pemberdayaan masyarakat merupakan sesuatu yang sangat penting, karena masyarakat di setiap daerah tidak seluruhnya memiliki kesejahteraan yang sama. Pada dasarnya masyarakat yang kesejahteraannya tinggi akan mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Yang berarti mereka tidak tergantung kepada pihak lain dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Masyarakat yang kesejahteraannya tergolong menengah ke bawah, umumnya dalam memenuhi kebutuhan hidupnya memerlukan bantuan pihak lain, baik pemerintah, maupun masyarakat lainnya. Pemerintah harus memperhatikan masyarakat menengah ke bawah, agar bisa memenuhi kebutuhan hidup dan bisa hidup dengan layak. Mereka masih harus mendapat bantuan dari pihak lain. Bantuan dari pihak lain haruslah bersifat mendidik, yang artinya hal tersebut sementara dapat membantu masyarakat sebelum mereka mampu hidup mandiri sepenuhnya. Mereka harus dibina untuk agar bekerja lebih baik, sehingga pada masa yang akan datang secara bertahap mereka dapat mandiri sepenuhnya (Dedeh and Nainggolan, 2019)

Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Mardikanto (2015), terdapat enam tujuan pemberdayaan masyarakat yaitu (Dedeh and Nainggolan, 2019).

1. Perbaikan Kelembagaan
2. Perbaikan Usaha
3. Perbaikan Pendapatan
4. Perbaikan Lingkungan
5. Perbaikan Kehidupan
6. Perbaikan Masyarakat

Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat memiliki tujuh tahap yang harus dilakukan. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Soekanto (1987) (Dedeh and Nainggolan, 2019).

1. Tahap Persiapan
2. Tahap Pengkajian
3. Tahap Perencanaan
4. Tahap Pemformalisasi Rencana Aksi
5. Tahap Implementasi Program atau Kegiatan
6. Tahap Evaluasi
7. Tahap Terminasi

BAB III

RUANG LINGKUP KEJADIAN HIPERTENSI

Rajab tahun 2008 menyebutkan transisi epidemiologis sangat dipengaruhi oleh transisi demografi, karena dalam satu tahap transisi demografis terdapat proses pertumbuhan rendah yang mengakibatkan mortalitas dan fertilitas relatif stabil, fertilitas lebih rendah dari mortalitas sehingga pertumbuhan negatif. Adanya transisi epidemiologi paralel dengan transisi demografis di Indonesia telah mengakibatkan terjadinya perubahan pola penyakit penyakit infeksi penyakit tidak menular (PTM) termasuk penyakit degeneratif dan *man made diseases* yang merupakan faktor utama masalah morbiditas dan mortalitas (Akbar, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, perubahan struktur masyarakat, khususnya masyarakat agraris ke banyak masyarakat industri berkontribusi terhadap perubahan pola fertilitas, gaya kehidupan, sosial ekonomi yang pada akhirnya dapat memacu peningkatan penyakit tidak menular (PTM). Penyakit Tidak Menular (PTM). menyumbang hampir 60% kematian di dunia. Perkiraan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2020 PTM merupakan penyebab kematian 73% dan beban penyakit 60% di dunia. Jadi hanya di Asia Tenggara termasuk Indonesia, dilaporkan bahwa 49,7% penyebab kematian disebabkan penyakit tidak menular (Akbar, 2018).

Menurut kementerian RI tahun 2015 dalam penelitian Akbar dan Tumiwa tahun 2020, pola penyakit di Indonesia mengalami transisi epidemiologi selama dua dekade terakhir, yakni dari penyakit menular yang semula menjadi beban utama kemudian mulai beralih menjadi penyakit tidak menular. Tren ini meningkat dan mulai mengancam sejak usia muda. Penyakit tidak menular yang utama di antaranya hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronik (Akbar and Tumiwa, 2020).

Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) merupakan masalah kesehatan utama di negara maju maupun negara berkembang dan menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia setiap tahunnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit

kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak disandang masyarakat (Direktorat P2PTM., 2019).

Menurut catatan Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada 2011, 1 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi. Dua pertiga dari mereka berada di negara berkembang berpenghasilan rendah dan menengah (Hakim dan Tazkiah, 2019). Hipertensi menyebabkan sekitar 8 juta kematian setiap tahun, 1,5 juta kematian di Asia Tenggara, di mana sepertiga penduduknya menderita hipertensi (Feriandi, 2020).

Barron et al tahun 2014 menyebutkan hipertensi merupakan tantangan kesehatan masyarakat global, dimana dapat menurunkan kualitas hidup secara signifikan dan juga menjadi faktor penyebab risiko yang berkaitan erat dengan penyakit kardiovaskular dan kematian atau kematian di usia muda yang disebabkan oleh hipertensi (Akbar and Tumiwa, 2020).

Menurut Herawati tahun 2016, hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Bisa jadi terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi. Handayani, dkk tahun 2015 menyatakan bahwa hipertensi juga bisa diartikan salah satu penyakit kardiovaskuler dimana penderitanya memiliki tekanan darah di atas normal ditandai dengan nilai sistol lebih besar dari 140 mmHg dan diastol lebih dari 90 mmHg (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara permanen. Umumnya jika tekanan darah lebih tinggi dari 140/90 mmHg, seseorang mengalami hipertensi. Hipertensi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer (hipertensi primer) dan hipertensi sekunder. Hipertensi dipicu oleh berbagai faktor risiko, seperti faktor genetik, obesitas, asupan natrium berlebih, dislipidemia, kurangnya aktivitas fisik dan defisiensi vitamin D menduduki peringkat ketiga di Indonesia. Seperti kita ketahui bersama, prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, dan prevalensinya cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan

tingkat pendidikan rendah atau mereka yang tidak memiliki pekerjaan (Kusuma Rahayu Sudarsono *et al.*, 2017).

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah meningkat, yang dapat menimbulkan gejala pada organ sasaran di dalam tubuh, sehingga dapat mengakibatkan kerusakan yang serius, seperti stroke (terjadi di otak dan menyebabkan kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri/bilik kiri (terjadi pada otot jantung). Selain penyakit tersebut, hipertensi juga dapat menyebabkan gagal ginjal, penyakit pembuluh darah lainnya, diabetes, dll (Jannah *et al.*, 2016).

Data tahun 2011 ada satu miliar orang di dunia menderita hipertensi dan dua pertiganya menderita hipertensi di negara berkembang berpenghasilan rendah-sedang. Prevalensi hipertensi diperkirakan akan terus meningkat. Dan diprediksikan pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi, sementara itu di Indonesia angkanya mencapai 31,7% (Riyantina, Hartini and Setiyobroto, 2017).

Berdasarkan data WHO tahun 2014 ada sekitar 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia. Prevalensi tertinggi terjadi di wilayah Afrika yaitu 30%. Prevalensi terendah ada di Amerika sebesar 18%. Hipertensi merupakan tantangan besar di Indonesia. Menurut Hipertensi Infodatin tahun 2014, hipertensi adalah kondisi yang sering terjadi ditemukan di perawatan kesehatan primer (Akbar, 2018).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Direktorat P2PTM., 2019).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) tahun 2017, menyatakan bahwa dari 53,3 juta kematian didunia didapatkan penyebab kematian akibat penyakit kardiovaskuler sebesar 33,1%,

kanker sebesar 16,7%, DM dan gangguan endokrin 6% dan infeksi saluran napas bawah sebesar 4,8%. Data penyebab kematian di Indonesia pada tahun 2016 didapatkan total kematian sebesar 1,5 juta dengan penyebab kematian terbanyak adalah penyakit kardiovaskuler 36,9%, kanker 9,7%, penyakit DM dan endokrin 9,3% dan Tuberkulosa 5,9% (Direktorat P2PTM., 2019).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) juga menyebutkan bahwa dari total 1,7 juta kematian di Indonesia didapatkan faktor risiko yang menyebabkan kematian adalah tekanan darah (hipertensi) sebesar 23,7%, Hiperglikemia sebesar 18,4%, Merokok sebesar 12,7% dan obesitas sebesar 7,7% (Direktorat P2PTM., 2019).

Setianingsih tahun 2013 dalam penelitian Aminuddin dkk tahun 2019, penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal. Meningkatnya tekanan darah tinggi dilakukan dengan pemeriksaan tekanan darah yang didapat dari hasil kedua nilai, yaitu nilai sistolik dan nilai diastolik. Terjadinya hipertensi disebabkan oleh faktor genetik (riwayat keluarga), jenis jenis kelamin, usia, diet, berat dan gaya kehidupan, sehingga bisa menimbulkan berbagai macam penyakit atau komplikasi (Aminuddin M, Inkasari T, 2019).

Komplikasi akibat hipertensi yang tidak terkontrol antara lain penyakit jantung koroner, stroke, ginjal, gangguan melihat hingga yang paling berbahaya adalah kematian. Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2014, tingkat insiden hipertensi di Indonesia cukup tinggi yaitu 25,8% populasi menderita penyakit hipertensi. Jika saat ini penduduk Indonesia sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 65.048.110 jiwa yang menderita hipertensi (Aminuddin M, Inkasari T, 2019).

Hipertensi sekarang jadi masalah utama kita semua, tidak hanya di Indonesia tapi di dunia, karena hipertensi ini merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes, stroke. Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis

hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Direktorat P2PTM., 2019).

Risikesdas 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 (Direktorat P2PTM., 2019).

Satu-satunya cara untuk mendeteksi hipertensi adalah meminta bantuan ahli kesehatan untuk mengukur tekanan darah. Pengukuran tekanan darah dilakukan dengan cepat dan tidak menimbulkan rasa sakit. Individu juga dapat mengukur tekanan darahnya sendiri menggunakan perangkat otomatis, namun evaluasi oleh profesional kesehatan penting untuk menilai risiko dan kondisi terkait (World Health Organization, 2021).

Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita Hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya Hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan (Direktorat P2PTM., 2019).

Alasan penderita hipertensi tidak minum obat antara lain karena : (Direktorat P2PTM., 2019).

1. Penderita hipertensi merasa sehat (59,8%),
2. Kunjungan tidak teratur ke fasyankes (31,3%),
3. Minum obat tradisional (14,5%),
4. Menggunakan terapi lain (12,5%),
5. Lupa minum obat (11,5%),
6. Tidak mampu beli obat (8,1%),
7. Terdapat efek samping obat (4,5%) dan

8. Obat hipertensi tidak tersedia di Fasyankes (2%).

Hipertensi disebut sebagai *the silent killer* karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak mengetahui dirinya menyandang hipertensi dan baru diketahui setelah terjadi komplikasi. Kerusakan organ target akibat komplikasi Hipertensi akan tergantung kepada besarnya peningkatan tekanan darah dan lamanya kondisi tekanan darah yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati. Organ-organ tubuh yang menjadi target antara lain otak, mata, jantung, ginjal, dan dapat juga berakibat kepada pembuluh darah arteri perifer (Direktorat P2PTM., 2019).

Hipertensi disebut sebagai "*silent killer*" karena kebanyakan orang dengan tekanan darah tinggi mungkin tidak menyadari masalah tersebut karena mereka mungkin tidak memiliki tanda atau gejala peringatan. Oleh karena itu, tekanan darah harus diukur secara rutin. Gejala berupa sakit kepala di pagi hari, mimisan, irama jantung tidak teratur, perubahan penglihatan, dan tinitus. Tekanan darah tinggi yang parah dapat menyebabkan kelelahan, mual, muntah, kebingungan, kecemasan, nyeri dada, dan tremor otot (World Health Organization, 2021).

Tekanan darah tinggi atau Hipertensi seringkali disebut sebagai *silent killer* (pembunuh diam-diam), karena termasuk penyakit yang paling mematikan dengan 70% penderita Hipertensi tidak mengetahui dan merasakan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan. Berdasarkan World Health Organization (WHO) standar tekanan darah dianggap normal bila kurang dari 135/85 mmHg, sedangkan dikatakan Hipertensi bila lebih dari 140/90 mmHg, dan di antara nilai tersebut dikatakan normal tinggi. Namun bagi orang Indonesia, banyak dokter berpendapat bahwa tekanan darah yang ideal adalah sekitar 110-120 / 80-90 mmHg (Hakim L, 2019).

Di antara komplikasi lainnya, hipertensi dapat menyebabkan kerusakan serius pada jantung. Tekanan yang berlebihan dapat mengeraskan arteri, menurunkan aliran darah dan oksigen ke jantung. Tekanan yang meningkat dan aliran darah yang berkurang ini dapat menyebabkan: (World Health Organization, 2021).

1. Nyeri dada, disebut juga angina.
2. Serangan jantung, yang terjadi ketika suplai darah ke jantung tersumbat dan sel otot jantung mati karena kekurangan oksigen. Semakin lama aliran darah tersumbat, semakin besar kerusakan jantung.
3. Gagal jantung, yang terjadi ketika jantung tidak dapat memompa cukup darah dan oksigen ke organ vital tubuh lainnya.
4. Detak jantung tidak teratur yang dapat menyebabkan kematian mendadak.

Sutanto tahun 2010 menyebutkan bahwa seseorang yang kedua orang tuanya memiliki riwayat penyakit hipertensi anaknya akan berisiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer (essensial) yang terjadi karena pengaruh genetika. Kemudian, Puspitorini dalam Sount dkk tahun 2014 menyatakan bahwa gaya hidup merupakan faktor penting yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Gaya hidup yang tidak sehat dapat menjadi penyebab terjadinya hipertensi misalnya aktivitas fisik dan stres (Akbar, 2018).

DiPiro et al tahun 2011, tekanan darah sistolik yang terkontrol dapat menurunkan risiko kematian, penyakit kardiovaskular, stroke dan gagal jantung. Menjalankan pola hidup sehat setidaknya 4-6 bulan telah terbukti menurunkan tekanan darah dan secara umum dapat menurunkan risiko masalah kardiovaskular. Beberapa gaya hidup sehat dianjurkan termasuk penurunan berat badan, mengurangi asupan garam, olahraga, mengurangi konsumsi alkohol, dan berhenti merokok (Akbar and Tumiwa, 2020).

Hipertensi dapat dicegah dengan mengendalikan perilaku berisiko seperti merokok, diet yang tidak sehat seperti kurang konsumsi sayur dan buah serta konsumsi gula, garam dan lemak berlebih, obesitas, kurang aktifitas fisik, konsumsi alkohol berlebihan dan stres. Data Riskesdas 2018 pada penduduk usia 15 tahun keatas didapatkan data faktor risiko seperti proporsi masyarakat yang kurang makan sayur dan buah sebesar 95,5%, proporsi kurang aktifitas fisik 35,5%, proporsi merokok 29,3%,

proporsi obesitas sentral 31% dan proporsi obesitas umum 21,8%. Data tersebut diatas menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan data RISKESDAS tahun 2013 (Direktorat P2PTM., 2019).

Munculnya gangguan kesehatan tidak hanya disebabkan oleh kelalaian individu, tetapi itu juga bisa disebabkan oleh ketidaktahuan orang-orang sebagai akibatnya kurangnya informasi yang benar tentang suatu penyakit. Menurut Park et al tahun 2015, rendahnya pengetahuan tenaga kesehatan, pasien, dan masyarakat tentang hipertensi merupakan penyebab utama tekanan darah yang tidak terkontrol, terutama pada penderita hipertensi di Asia (Akbar and Tumiwa, 2020).

Menurut kemenkes RI tahun 2014, Faktor yang bisa mempengaruhi hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 faktor yaitu yang tidak bisa dikendalikan termasuk usia, jenis kelamin, genetika dan ras dan faktor yang dapat dikontrol yaitu gaya hidup. Gaya hidup adalah salah satu faktornya yang terpenting bisa mempengaruhi kehidupan di masyarakat. Terutama pada penderita hipertensi, gaya hidup mempengaruhi kejadian hipertensi antara mengonsumsi garam secara berlebihan, mengonsumsi alkohol, mengonsumsi kopi / kafein, kebiasaan merokok, kurangnya aktivitas fisik dan stres (Aminuddin M, Inkasari T, 2019).

Nisa tahun 2018 menyebutkan berdasarkan laporan hasil Riskesdas menggambarkan hampir disemua provinsi di Indonesia, konsumsi sayuran dan buah - buahan tergolong rendah. Secara nasional konsumsi makanan asin, kebiasaan merokok, serta aktifitas fisik yang kurang, istirahat dan tingkat stressor masih cukup tinggi prevalensinya. Hipertensi yang disertai penyakit penyerta adalah salah satu penyebab kematian nomor satu di dunia (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Calhoun et al, 2008 dalam Riza tahun 2017, komplikasi pembuluh darah yang disebabkan hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, infark (kerusakan jaringan), jantung, stroke, dan gagal ginjal. Sasen dan Carter tahun 2008 dalam penelitian Baso tahun 2019, diketahui bahwa hubungan antara hipertensi dengan diabetes melitus sangat kuat karena beberapa

kriteria yang sering ada pada pasien hipertensi yaitu peningkatan tekanan darah, obesitas dan peningkatan glukosa darah (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Upaya yang telah dilakukan dalam pencegahan dan pengendalian Hipertensi diantaranya adalah: (Direktorat P2PTM., 2019).

1. Meningkatkan promosi kesehatan melalui KIE dalam pengendalian Hipertensi dengan perilaku “CERDIK” dan “PATUH”;
2. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian Hipertensi berbasis masyarakat dengan “*Self Awareness*” melalui pengukuran tekanan darah secara rutin;
3. Penguatan pelayanan kesehatan khususnya Hipertensi, pemerintah telah melakukan berbagai upaya seperti: meningkatkan akses ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu pelayanan;
4. Salah satu upaya pencegahan komplikasi Hipertensi khususnya Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah di FKTP melalui Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM,
5. Pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini dan monitoring faktor risiko hipertensi melalui Posbindu PTM yang diselenggarakan di masyarakat, di tempat kerja dan institusi.

Berbagai penelitian telah melaporkan manfaat intervensi dari pengurangan garam dalam menurunkan tekanan darah dan peristiwa kardiovaskular. Hasil dari meta-analisis menunjukkan bahwa pengurangan sederhana dalam asupan garam diikuti dengan penurunan tingkat tekanan darah di antara subjek hipertensi dan normotensi. Namun, bukti efektivitas tingkat populasi, perilaku mengubah intervensi untuk mengurangi asupan garam tidak konsisten, menunjukkan bahwa intervensi pendidikan dan peningkatan kesadaran saja tidak cukup untuk mengurangi asupan garam pada suatu populasi (Bernabe-Ortiz *et al.*, 2020).

Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis dilakukan dengan

pemberian obat anti hipertensi sedangkan terapi non farmakologis diantaranya adalah gaya hidup sehat seperti berhenti merokok, menurunkan berat badan berlebih, latihan fisik, menurunkan asupan garam, meningkatkan asupan sayur dan buah dan mengurangi asupan lemak (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Purwanto tahun 2013 dalam Saputri tahun 2016, Salah satu metode pengobatan pengurangan nyeri kepala dengan terapi non farmakologi yaitu dengan metode relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Berek, et al (2015) dalam penelitiannya menemukan bahwa mengatur pernapasan yang dalam dan lambat kurang dari 10 kali per menit selama 15 menit dapat dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 28,59 mmHg dan tekanan darah diastolic sebesar 16, 92 mmHg (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Berek tahun 2018 dalam penelitian Baso dkk tahun 2019, Mengatur nafas dalam dan lambat serta diet rendah garam 12 gr/hari juga dapat menurunkan tekanan darah secara efektif. Proses pengaturan nafas dalam dan lambat serta pengaturan diet dapat dijadikan sebagai dasar terapi non farmakologi dan sebagai pola hidup yang efektif untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Baso, Berek and Riwoerohi, 2019).

Hipertensi sering terjadi pada lansia karena pada lansia terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer yang berakibat pada penurunan distribusi dan kekuatan tarik pembuluh darah. Perubahan yang sering terjadi pada lansia antara lain hilangnya elastisitas jaringan ikat, aterosklerosis, penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah. Gangguan pembuluh darah ini akan mengakibatkan aorta dan arteri berkurang kemampuannya untuk menampung volume darah dari jantung, yang pada gilirannya dapat mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer (Sari, Sumarwati and Sutrisna, 2018).

Indonesia merupakan salah satu contoh negara berkembang dengan prevalensi penderita hipertensi yang tinggi. Prevalensi rata-rata penderita hipertensi di seluruh Indonesia adalah 31,7%. Diperkirakan pada tahun 2025 persentase penderita hipertensi akan meningkat sebesar 24% di negara maju dan 80% di negara berkembang (Aprilia, C. A., Asiyanto, M. C., & Hadiwiardjo, 2020).

Riset Kesehatan Dasar (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. Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Kota Banjarmasin merupakan tertinggi penderita hipertensi yaitu 18.730 penderita, disusul Tanah Laut sebanyak 14.121 orang penderita. Kemudian Kabupaten Banjar 7.738 orang penderita, Kabupaten Kotabaru 6.680 orang penderita, Kabupaten Banjarbaru 5.629 orang penderita, Kabupaten Tapin 3.085 orang, Kabupaten Barito Kuala 2.985 orang dan sisanya berkisar antara 2.500 hingga diatas seribu orang. Kabupaten Banjar menempati posisi ke 3 tertinggi yang ada di Kalimantan Selatan (Aryzki *et al.*, 2018).

Menurut data Puskesmas Aluh-Aluh tahun 2019, angka kejadian penyakit yang tertinggi adalah ISPA dengan total 2566 kasus dari 8424 kasus, sedangkan di posisi kedua yaitu gastritis dengan total 1665 kasus dari 8424 dan selanjutnya disusul oleh hipertensi dengan total 1334 kasus dari 8424 (Hakim L, 2019).

BAB IV

PEMETAAN DAN PEMECAHAN MASALAH KEJADIAN HIPERTENSI

Peningkatan kesejahteraan masyarakat berdampak pada perubahan gaya hidup seperti aktivitas diet rendah, berenergi tinggi, rendah serat. Seiring dengan keadaan tersebut, kejadian tersebut Penyakit tidak menular (PTM) juga meningkat. (Alwan & MacLean, 2009) Penyakit tidak Penyakit infeksi (NCD) seperti penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes melitus, merupakan penyakit utama yang menyebabkan kematian pada manusia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa setiap tahun PTM menyebabkan kematian 35 juta orang di dunia, dimana hampir tiga perempat kematian terjadi di negara berpenghasilan rendah hingga rendah moderat (sedang) (Santoso, Sari and Shirly Gunawan, 2020).

Hasil data WHO menyebutkan hal itu prevalensi hipertensi sekitar 972 juta orang atau 26,4% orang. Angka itu mungkin ada peningkatan menjadi 29,2% di 2025. Dari 972 juta orang yang menderita hipertensi, maka 333 juta berada di negara maju dan sisanya 693 berada di negara bagian berkembang, termasuk Indonesia (Yonata, A., & Pratama, 2016).

Prevalensi populasi menderita tekanan darah tinggi secara nasional sebesar 30,9%, di antaranya tekanan darah tinggi pada pria (28,7%) lebih rendah dari dengan prevalensi perempuan (32,9%) juga prevalensi perkotaan cenderung sedikit lebih tinggi lebih tinggi (31,7%) dibandingkan dengan pedesaan (30,2%). Tingkat prevalensi hipertensi akan menjadi meningkat dengan lebih banyak bertambahnya usia (Riskesdas., 2017).

Hasil dari Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Penyakit Tidak Menular (kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, dan hipertensi) meningkat jikadibandingkan dengan Riskesdas 2013. Berdasarkan hasil pemeriksaan pengukuran tekanan darah, maka prevalensi hipertensi meningkat dari 27,8% menjadi 34,1%. Meningkatkan Prevalensi penyakit tidak menular biasanya terkait gaya hidup,

antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur (Riskesdas, 2018).

Hipertensi bisa mengakibatkan serta risiko terjadinya kerusakan organ penting seperti otak, jantung, ginjal, retina, pembuluh darah besar (aorta) dan pembuluh darah tepi. Penyakit Hipertensi bisa mengakibatkan bermacam - macam komplikasi. Komplikasi penyakit hipertensi dapat menyebabkan sekitar 9.4 kematian di seluruh dunia setiap tahun. Hipertensi dapat menyebabkan setidaknya 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian karena stroke (Yonata, A., & Pratama, 2016).

A. Gambaran Umum Desa Pemurus

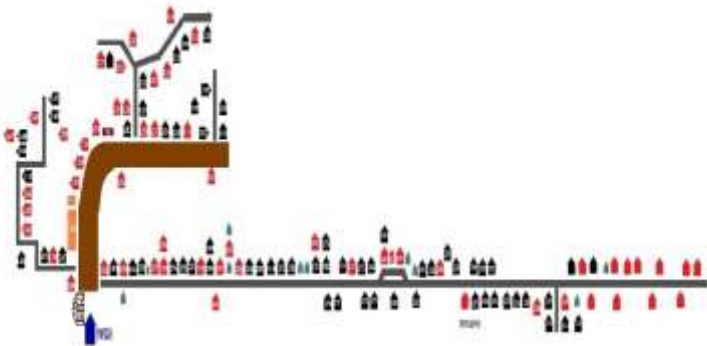
1. Letak Geografis

Desa Pemurus merupakan salah satu desa yang terdapat di Kecamatan Aluh-Aluh, Kabupaten Banjar yang terdiri atas 8 RT. Desa Pemurus memiliki luas wilayah 6,45 Km². Jarak Desa Pemurus ke ibukota kecamatan adalah 7 Km dengan waktu tempuh sekitar 15 menit. Secara umum, mata pencaharian masyarakat Desa Pemurus adalah petani serta nelayan. Desa Pemurus diklasifikasikan sebagai desa Swasembada dengan klasifikasi LPM II.

Akses menuju Desa Pemurus tidak dapat dilalui oleh kendaraan beroda empat, hal tersebut dikarenakan akses infrastruktur yang belum memadai. Untuk menuju Desa Pemurus harus melewati jembatan yang hanya dapat diakses oleh kendaraan beroda dua, sehingga masyarakat lebih sering menggunakan klotok (perahu tradisional) sebagai alat transportasi dalam beraktivitas.



Gambar 1 Proses Pembuatan Mapping RT. 003A



Gambar 2 Hasil Mapping RT. 003A

RT. 003A merupakan salah satu RT yang terdapat di desa Pemurus. Berdasarkan hasil listing oleh kelompok 14, terdapat total 121 KK. RT. 003A berbatasan langsung dengan RT. 002B dan RT. 003.

2. Demografi

Jumlah penduduk pada tahun 2019 adalah sebanyak 3.924 jiwa yaitu laki-laki sebanyak 2002 jiwa (51,02%) dan perempuan 1922 jiwa (48,98%). Jumlah ibu hamil di Desa Pemurus ada 26 orang, jumlah ibu menyusui sebanyak 58 orang, dan jumlah balita sebanyak 230 balita.

3. Sosial Ekonomi

Perekonomian warga di Desa Pemurus memiliki pendapatan yang berbeda-beda. Hal ini dikarenakan oleh profesi warga yang berbeda-beda.

Kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan 1 dilaksanakan di Desa Pemurus RT. 003A Kecamatan Aluh-Aluh Kabupaten Banjar. Ada dua pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif, pendekatan ini memprioritaskan terhadap bagian-bagian dan fenomena hubungan yang terjadi di lapangan. Metode pengumpulan data merupakan teknik atau cara yang dilakukan untuk pengumpulan data.

Dalam pengumpulan data yang diperlukan sebagai bahan penulisan laporan ini menggunakan metode pengumpulan data primer dan sekunder.

Data Primer

Teknik pengumpulan data dilakukan secara langsung kepada narasumber atau responden dan masyarakat, yang merupakan Kepala Rumah Tangga (KRT), Anggota Rumah Tangga (ART), serta Aparat Desa dan warga yang ada di Desa Pemurus RT. 003A Kecamatan Aluh-Aluh Kabupaten Banjar dengan menggunakan instrumen kuesioner.



Gambar 3 Proses Pengumpulan Data Primer RT. 003A PBL 1
Kelompok 14 PSKM ULM Tahun 2020

Data Sekunder

Data yang di peroleh penulis didapatkan dari data Desa Pemurus Kecamatan Aluh-Aluh, Balai Desa, Puskesmas, Poskesdes, Posbindu serta Bidan Desa.

Wilayah kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas Aluh-Aluh terletak pada 44 Km dari ibukota Kabupaten Banjar (Martapura) dan sekitar 21 Km dari ibukota Provinsi Kalimantan Selatan (Banjarmasin), Unit Pelaksana Teknis Puskesmas Aluh-Aluh memiliki 19 Desa binaan dengan Luas Wilayah 82,48 Km², terletak di dataran rendah dan bersifat rawa dengan kondisi air bersifat semi asin.

Puskesmas Aluh-Aluh terletak di Desa Aluh-Aluh Besar dan berada di tengah wilayah kecamatan Aluh-Aluh. Jalan yang menghubungkan dari Desa ke Puskesmas masih banyak yang menggunakan transportasi lewat air, hanya ada beberapa desa yang menggunakan jalur darat. Terdapat 5 desa dapat dicapai dengan kendaraan roda dua dan 14 desa menggunakan jalur air, dengan kondisi jalan dan jembatan yang rusak berat.

Berdasarkan letak geografisnya batas wilayah kerja Unit Pelaksana Teknis Puskesmas Aluh-Aluh, yaitu:

- a. Sebelah Utara: Berbatasan dengan Wilayah Banjarmasin
- b. Sebelah Selatan: Berbatasan dengan Wilayah Kabupaten Tanah Laut
- c. Sebelah Timur: Berbatasan dengan Wilayah Barito Kuala
- d. Sebelah Barat: Berbatasan dengan Wilayah Tatah Makmur, Baruntung Baru

Puskesmas Pembantu Desa Pemurus merupakan salah satu Puskesmas pembantu yang berada di Kecamatan Aluh-Aluh yang menjadi tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat Desa Pemurus, sehingga keberadaan paramedis (Perawat dan Bidan) sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat Pemurus, dalam hal pelayanan KIA, pelayanan KB, pelayanan Pengobatan, maupun pelayanan kesehatan lainnya.

Pos pelayanan terpadu (Posyandu) Desa Pemurus ini merupakan wadah titik temu antara pelayanan profesional dari petugas kesehatan dan peran serta masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, terutama dalam upaya penurunan angka kematian bayi dan angka kelahiran. Oleh karena itu, Posyandu merupakan wadah untuk mendapatkan pelayanan dasar terutama dalam bidang kesehatan dan keluarga berencana yang dikelola oleh masyarakat.

Populasi dalam kegiatan ini adalah warga Desa Pemurus RT. 003A Kecamatan Aluh-Aluh Kabupaten Banjar yang merupakan suatu sasaran yang ditetapkan untuk fokus kajian dalam pengamatan/survei Pengalaman Belajar Lapangan 1 untuk melaksanakan diagnosa komunitas yang didalamnya bertujuan untuk menemukan permasalahan yang ada di Desa Pemurus RT. 003A. Adapun populasi pada kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan 1 di Desa Pemurus RT. 003A adalah masyarakat yang berjumlah 197 jiwa yang terdiri dari 103 orang laki-laki dan 94 orang perempuan serta terdiri dari 50 kepala keluarga.

Penentuan Sampel Sampel pada kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan 1 di Desa Pemurus RT. 003A merupakan kelompok kecil dari populasi yang akan diteliti guna mewakili karakteristik masyarakat Desa Pemurus RT. 003A yang disebut responden. Penentuan Sampel dalam penulisan laporan ini dilakukan dengan cara listing. Dengan menggunakan metode pengambilan sampel berupa Purposive Sampling dan Teknik pengambilan data menggunakan kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi. Kriteria inklusi yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Responden adalah seorang yang berposisi sebagai kepala keluarga
- c. Responden adalah ibu yang mempunyai anak balita usia 0-60 bulan dan anak remaja

- d. Responden adalah ibu yang sedang mengandung atau hamil
- e. Responden adalah anak remaja dari usia 10-21 tahun

Adapun untuk penentuan jumlah sampel dalam ini berdasarkan dengan data Kepala Keluarga yang sesuai dengan kriteria inklusi di atas dengan jumlah sampel sebanyak 50 kepala keluarga dari 121 kepala keluarga. Dari 50 kepala keluarga tersebut didapatkan 14 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi (*eligible*).

Mengenai banyaknya jumlah kepala keluarga di Desa Pemurus RT. 003A yaitu sebanyak 121 kepala keluarga, informasi tersebut kami dapatkan melalui kegiatan *listing* dan *mapping* serta dibantu oleh ketua RT. 003.

Tabel 1 Jenis Kelamin Responden

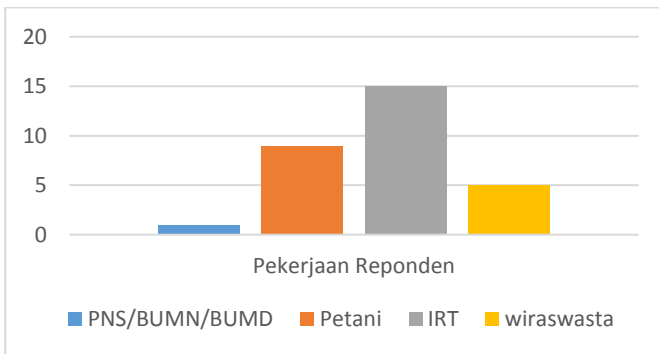
| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase |
|----------------------|-----------------|-------------------|
| Laki - laki | 10 orang | 33,3% |
| Perempuan | 20 orang | 66,7% |
| Total | 30 orang | 100% |

Sumber: Hasil Survei Faktor Risiko PBL 1 Kelompok 14 PSKM ULM Tahun 2020

Berdasarkan tabel 1 jenis kelamin responden terbanyak yaitu 20 orang perempuan (66,7%) dan 10 orang laki-laki (33,3%). Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Pria di dalam populasi umum memiliki angka diastolik tertinggi pada tekanan darahnya dibandingkan dengan wanita pada semua usia dan juga pria memiliki angka prevalensi tertinggi untuk terjadinya hipertensi. Walau pria memiliki insiden tertinggi kasus kardiovaskular pada semua usia, hipertensi pada pria dan wanita dapat menyebabkan stroke, pembesaran ventrikel kiri dan disfungsi ginjal. Hipertensi terutama mempengaruhi wanita karena faktor resikonya dapat dimodifikasi dan hipertensi sering terjadi pada wanita tua (Kusumawaty, Hidayat and Ginanjar, 2016).

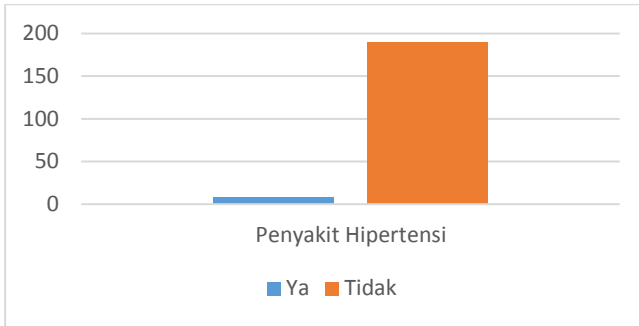


Gambar 4 Proses Pengecekan Tekanan Darah Sebagai Data Primer RT. 003A PBL 1 Kelompok 14 PSKM ULM Tahun 2020



Gambar 5 Grafik Pekerjaan Responden di Desa Pemurus RT. 003A

Berdasarkan hasil analisis faktor risiko yang telah dilakukan pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) dari 30 sampel didapatkan bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan masyarakat di Desa Pemurus RT. 003A terkena Hipertensi salah satunya adalah aktifitas fisik dikarenakan profesi warga yang sebagian besar petani yang hanya bekerja saat musim tanam dan panen saja, serta dari 30 sampel tersebut terdapat 15 orang perempuan yang profesinya ibu rumah tangga yang juga bekerja sebagai petani saat musim tanam dan panen.



Gambar 6 Grafik Penyakit Hipertensi di Desa Pemurus RT. 003A

Adapun berdasarkan hasil diagnosa komunitas yang telah dilaksanakan pada 50 sampel Kepala Keluarga dengan total 197 orang warga di desa Pemurus RT. 003A terdapat 8 orang yang terkena hipertensi dan memeriksanya ke tenaga kesehatan dari 20 kasus penyakit tidak menular yang di diagnosa oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil dari kegiatan observasi terhadap kondisi masyarakat, Musyawarah Tingkat Komunitas I dan II (MTK I dan MTK II) serta *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan dengan masyarakat desa Pemurus RT 003A dan aparat desa pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I), maka perlu dilakukan suatu alternatif pemecahan masalah untuk menangani permasalahan Hipertensi di Desa Pemurus RT. 003A. Penentuan alternatif atau prioritas pemecahan masalah ini ditentukan dengan menggunakan metode MCUA atau *multiple criteria utility assessment*. Alternatif pemecahan masalah yang telah di programkan pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) antara lain sebagai berikut.

a. Penyuluhan terkait penyakit hipertensi

Masyarakat RT. 003A Desa Pemurus akan mendapatkan penyuluhan mengenai penyakit Hipertensi. Sasarannya adalah masyarakat dengan kelompok umur kategori dewasa yang ada di Desa Pemurus RT. 003A. Kegiatan ini menggunakan media berupa video dan *e-booklet* yang berisikan informasi terkait penyakit Hipertensi yang meliputi pengertian, gejala, klasifikasi, faktor risiko, pencegahan,

komplikasi, pengobatan Hipertensi dan cara merawat pasien Hipertensi. Penyuluhan terkait penyakit Hipertensi bertujuan untuk menambah pengetahuan masyarakat terkait informasi mengenai penyakit hipertensi seperti gejala Hipertensi, klasifikasi penyakit Hipertensi, faktor risiko terjadinya penyakit Hipertensi, cara pencegahan dan pengobatan penyakit Hipertensi, serta cara merawat pasien Hipertensi guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Desa Pemurus RT. 003A khususnya orang dewasa yang menderita hipertensi. Berikut link video intervensi Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II) untuk penyuluhan terkait penyakit hipertensi: dengan Link Youtube : <https://youtu.be/bU6t5-6OrsI>



Gambar 7 Video Mengenai Edukasi Penyakit Hipertensi



Gambar 8 Video Mengenai Definisi Penyakit Hipertensi



Gambar 9 Video Mengenai Gejala Penyakit Hipertensi



Gambar 10 Video Mengenai Faktor Risiko Penyakit Hipertensi



Gambar 11 Video Mengenai Komplikasi Penyakit Hipertensi



Gambar 12 Video Mengenai Pencegahan Penyakit Hipertensi

b. Pembentukan dan pelatihan kader hipertensi dan pengecekan rutin tekanan darah.

Pembentukan dan pelatihan kader akan dilakukan oleh mahasiswa dan bekerjasama dengan pihak Puskesmas Kecamatan Aluh-Aluh. Kader Hipertensi akan dipilih sebanyak 2 orang, untuk meminimalisir kekurangan tenaga dari kader, maka selain dibentuk kader utama kami juga akan membentuk kader pendamping yang akan menangani masalah Hipertensi. Seperti halnya kader utama, kader pendamping juga berasal dari warga Pemurus RT.003A. Warga yang melakukan pemeriksaan tekanan darah, akan memberikan sejumlah dana sebagai iuran kepada kader dengan jumlah nominal yang telah disepakati oleh masyarakat sebanyak Rp. 2000 per 1 kali pengukuran. Kader hipertensi nantinya akan melakukan pengecekan rutin tekanan darah untuk memantau dan mendeteksi penyakit hipertensi di RT. 003A Desa Pemurus, yang mana pengecekan rutin dilakukan 4 kali dalam 1 bulan dengan sasaran masyarakat kelompok umur kategori dewasa.

c. Senam rutin

Senam rutin merupakan salah satu cara untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat yang akan dilaksanakan rutin setiap minggu atau 4 kali dalam 1 bulan dengan peserta dari masyarakat Desa Pemurus RT. 003A khususnya kelompok umur kategori dewasa, dan senam

tersebut juga dapat diikuti oleh semua masyarakat dari berbagai kelompok umur yang ada di Desa Pemurus RT. 003A yang ingin ikut serta dan meramaikan senam rutin tersebut. Dan dalam senam rutin tersebut nantinya juga akan diberikan materi kesehatan yang berhubungan dengan penyakit Hipertensi oleh para kader dengan menggunakan media berupa video maupun pemaparan secara langsung oleh para kader terkait penyakit Hipertensi.

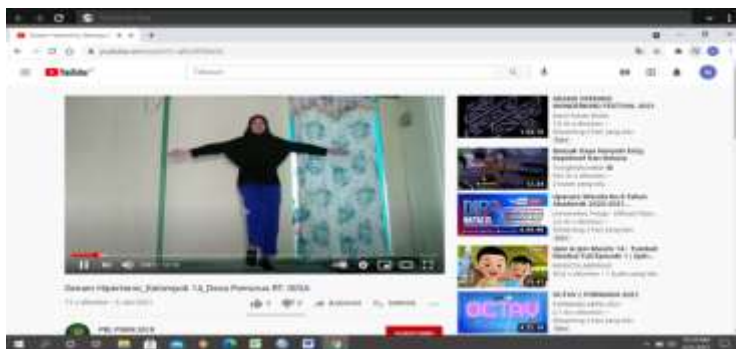
Namun, pada saat dilaksanakannya Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II) terdapat pandemi Covid-19 yang mengakibatkan mahasiswa hanya dapat melakukan kegiatan ini secara daring untuk menjaga kesehatan dan keselamatan mahasiswa dan masyarakat Desa Pemurus RT 003A. Sehingga alternatif pemecahan masalah yang bisa dilakukan secara daring adalah melakukan penyuluhan terkait penyakit hipertensi karena tidak memungkinkannya pembentukan kader dan pengandaan senam rutin.

Kegiatan penyuluhan terkait penyakit hipertensi ini dilakukan secara daring melalui *Whatsapp Group* dengan media penunjang berupa video dan e-booklet terkait penyakit hipertensi yang dikirimkan langsung ke masyarakat di Desa Pemurus RT 003A. Adapun dilakukan suatu penyuluhan terkait dengan kondisi saat ini yaitu pandemi Covid-19 maka masyarakat Desa Pemurus RT 003A juga diberikan edukasi mengenai Covid-19 dengan menggunakan media poster dan *e-booklet* terkait penyakit Covid-19.

Berikut link video intervensi Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II) untuk senam rutin: dengan Link Youtube : : <https://youtu.be/q9uO83Rjd2k>



Gambar 13 Video Mengenai Senam Rutin



Gambar 14 Video Senam Pemanasan



Gambar 15 Video Senam Pemanasan



Gambar 16 Video Senam inti



Gambar 17 Video Senam Pendinginan



Gambar 18 Poster Covid - 19

B. Pemetaan dan Pemecahan Masalah

Pemetaan masalah dan pemecahan masalah terbagi menjadi beberapa tahap yaitu identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah, faktor resiko, pemecahan masalah, penentuan prioritas pemecahan masalah dan Rencana Kegiatan Intervensi (*Plan of Action*).

1. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilakukan melalui hasil diagnosa komunitas yang dilakukan selama pelaksanaan Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I). Diagnosa komunitas dilakukan dengan pengumpulan data primer menggunakan kuesioner/survei kesehatan rumah tangga dan masyarakat untuk memperoleh permasalahan kesehatan yang terjadi di desa Pemurus. Selain itu juga dilakukan pengumpulan data sekunder yang didapatkan dari Puskesmas Aluh Aluh, Kepala Desa Pemurus, Bidan Desa Pemurus dan Ketua RT 003A dan 003B sebagai pendukung dari data primer, kemudian diolah untuk kemudian dijadikan sebagai hasil kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi.

Berdasarkan hasil diskusi yang dilakukan bersama Kepala Desa, Aparat Desa, Badan Permusyawaratan Desa, Tokoh Agama, Warga dan Bidan Desa, terdapat 3 masalah yang perlu dilakukan penentuan prioritas masalah dan didiskusikan di Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), yaitu permasalahan sampah, Hipertensi dan Diare. Penentuan 3 masalah tersebut didapatkan dengan melihat tingkat keseriusan masalah, angka kesakitan, dan dampak dalam jangka panjang. Masalah-masalah tersebut perlu dilakukan penentuan prioritas masalah dan didiskusikan di MMD karena berdampak terhadap kesehatan dan lingkungan. Berdasarkan hasil identifikasi ditemukan masalah-masalah yang perlu dicari solusi dan pemecahannya, yaitu sebagai berikut:

a. Pembuangan dan Pengelolaan Sampah (Tinja Balita)

Dari hasil wawancara terhadap 50 KK di Desa Pemurus RT. 003A, diperoleh sebanyak 56% dibuang dengan layak/baik, 38% tidak memiliki balita dan 28% tinja dibuang dengan tidak layak/tidak baik.

b. Hipertensi

Dari data yang diperoleh melalui kuesioner/survei dari 50 KK di Desa Pemurus RT. 003A, terdapat 8 yang didiagnosa oleh tenaga kesehatan terkena hipertensi namun tanpa mereka sadari masih banyak warga terkena hipertensi juga tapi tidak memeriksakannya ke dokter.

c. Diare

Dari data yang diperoleh melalui kuesioner/survei dari 50 KK di Desa Pemurus RT. 003A dengan total responden 197, terdapat 5 orang yang di diagnosa tenaga kesehatan terkena diare.

2. Penentuan Prioritas Masalah

Setelah mengidentifikasi masalah kesehatan yang ditemukan di Desa Pemurus RT. 003 A, perlu dilakukan penentuan prioritas masalah yang nantinya akan diselesaikan. Ada dua cara dalam menentukan prioritas masalah, yaitu Non Skoring Teknik dan Skoring Teknik. Adapun teknik untuk menentukan prioritas masalah yang kami gunakan adalah dengan Skoring Teknik, yakni metode Multiple Criteria Utility Assessment (MCUA).

MCUA merupakan suatu teknik atau metode yang digunakan untuk membantu tim dalam mengambil keputusan atas beberapa alternatif. Beberapa alternatif tersebut dapat berupa masalah pada langkah penentuan prioritas masalah atau pemecahan masalah pada langkah penetapan prioritas pemecahan masalah. Ada beberapa kriteria dalam penentuan prioritas masalah dengan metode ini. Kriteria merupakan batasan yang digunakan untuk menyaring alternatif masalah sesuai kebutuhan. Metode ini menggunakan 5 kriteria untuk

penilaian masalah, kriteria yang telah ditetapkan kelompok sebagai berikut:

- a. Besaran masalah, apakah masalah tersebut menimpa banyak orang atau tidak.
- b. Kegawatan, tingkat keseriusan/kegawatan masalah tersebut.
- c. Kemampuan SDM, ketersediaan sumber daya untuk melanjutkan program.
- d. Perhatian masyarakat, kepedulian masyarakat atau dukungan komunitas terhadap masalah.
- e. Kebijakan politik, kebijakan pemerintah dalam menanggulangi masalah

Adapun kriteria yang digunakan dalam menentukan prioritas masalah berdasarkan pembobotan yang diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Besarnya masalah, diberi skor 1-5, yaitu:
 - 5 = Sangat berat
 - 4 = Berat
 - 3 = Cukup berat
 - 2 = Ringan
 - 1= Sangat ringan
- b. Keseriusan masalah, diberi skor 1-5, yaitu:
 - 5 = Sangat serius
 - 4 = Serius
 - 3 = Cukup serius
 - 2 = Kurang serius
 - 1 = Tidak serius
- c. Kemampuan SDM menyelesaikan masalah, diberi skor 1-5, yaitu:
 - 5 = Tidak mampu
 - 4 = Kurang mampu
 - 3 = Cukup mampu
 - 2 = Mampu
 - 1= sangat mampu
- d. Perhatian, diberi skor 1-5, yaitu:
 - 5 = Tidak perhatian
 - 4 = Kurang perhatian

3 = Cukup perhatian

2 = Perhatian

1 = Sangat perhatian

| No | Alternatif Kriteria | Bobot | Sampah | | Diare | | Hipertensi | |
|---------------|------------------------------------|-------|--------|------------|-------|------------|------------|------------|
| | | | Skor | Bobot Skor | Skor | Bobot Skor | Skor | Bobot Skor |
| 1. | Besaran masalah/prevalensi | 3 | 3 | 9 | 2 | 6 | 3 | 9 |
| 2 | Kegawatan | 4 | 3 | 12 | 4 | 16 | 4 | 16 |
| 3. | Kelanjutan/ Kemampuan SDM | 3 | 1 | 3 | 3 | 9 | 2 | 6 |
| 4. | Perhatian /keinginan masyarakat | 5 | 5 | 25 | 5 | 25 | 5 | 25 |
| 5. | Kebijakan politik | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| JUMLAH | | | | 53 | | 60 | | 60 |
| Urutan | | | | 3 | | 2 | | 1 |

Tabel 2 Penentuan Prioritas Masalah Dengan Metode MCUA

Dengan keterangan sebagai berikut:

A = Pembuangan dan pengelolaan sampah

B = Diare

C= Hipertensi

Berdasarkan tabel.... diketahui bahwa masalah dengan skor penilaian terbesar adalah masalah Hipertensi yaitu sebesar 60 poin. Sehingga diputuskan bahwa prioritas masalah yang harus diutamakan dari 3 masalah yang ditemukan di Desa Pemurus RT. 003 A adalah masalah Hipertensi. Adapun penjelasan lebih lanjut yaitu:

1) Hipertensi

a) Dari segi besarnya masalah

Diberikan skor 3 karena masalah dinilai cukup berat. Hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sebenarnya dapat dicegah dengan modifikasi gaya hidup salah satunya adalah aktivitas fisik. Selain itu, hipertensi disebabkan adanya riwayat keluarga, kebiasaan merokok, kebiasaan makan berlemak, kurang aktivitas dan asupan natrium yang tinggi. Berdasarkan rekapitulasi 10 Penyakit Terbesar Tahun 2019 di Puskesmas Aluh - Aluh penyakit Hipertensi menempati urutan ke 3 (Wahyudi, 2019).

b) Dari segi kegawatan

Untuk kegawatan masalah diberikan skor 4 karena masalah mengenai Hipertensi ini dinilai sebagai masalah yang sangat berpengaruh. Data Departemen Kesehatan tahun 2017 menyebutkan Penyakit hipertensi dapat menyebabkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun dengan 1,5 juta kematian terjadi di asia tenggara yang memiliki penyakit hipertensi dengan 1/3 populasi. Data lain dari Departemen Kesehatan tahun 2018 menyebutkan tentang hipertensi yaitu sekitar 1,13 milyar, atau 36,8 % yang diantaranya minum obat. Artinya 63,2 % yang tidak minum obat walaupun terdiagnosa hipertensi (Wahyudi, 2019).

c) Dari segi Kelanjutan/kemampuan SDM menyelesaikan masalah

Diberikan skor 2 karena warga Desa pemurus RT. 003 A dinilai kurang mampu dalam mengatasi permasalahan Hipertensi di lingkungan mereka yang sudah terjadi sejak lama. Masyarakat masih tidak memiliki tindakan konkrit terhadap permasalahan yang terjadi, melainkan hanya terus bergantung pada perawatan di Puskesmas dan pelayanan kesehatan terdekat.

d) Dari segi perhatian / keinginan masyarakat

Diberikan skor 5 karena warga Desa pemurus RT. 003 A dinilai amat sangat perhatian terhadap masalah Hipertensi ini. Serangan hipertensi dapat terjadi pada seluruh usia, semua orang memiliki potensi mengalami penyakit jantung tanpa ada gejala-gejala sebelumnya. Berdasarkan umur seseorang tekanan darah bervariasi, bayi dan anak-anak tekanan darahnya lebih rendah dibandingkan remaja, dan tekanan darah yang lebih tinggi terjadi pada orang dewasa. Hipertensi merupakan salah satu faktor penyebab serangan jantung dan stroke, apabila tidak dilakukan pengobatan dan perawatan secara dini akan menimbulkan bahaya pada tubuh seperti kerusakan sistem saraf otak (ST, 2019).

e) Dari segi kebijakan politik

Diberikan skor 2 karena warga Desa pemurus RT. 003 A menilai kurangnya dukungan dari kebijakan politik. Perhatian pada penyakit hipertensi dapat dibentuk dari tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga merupakan cerminan dari kemampuan keluarga dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan keluarga. Keluarga memiliki fungsi dalam menjalankan perawatan kesehatan. Salah satu indikator keberhasilan Program Indonesia Sehat adalah terciptanya keluarga sehat, sehingga dalam pelaksanaan program, perlu adanya fokus pendekatan pada keluarga. Program

Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) tertuang dalam Permenkes No. 39 Tahun 2016 merupakan program yang mengintegrasikan beberapa aspek dengan 12 indikator keluarga sehat. Keluarga sehat merupakan indikator yang menunjukkan tingkat kemandirian keluarga baik (Kertapati, 2019).

2) Diare

a) Dari segi besarnya masalah

Diberikan skor 2 karena masalah dinilai rendah. Penyakit diare disebabkan oleh bakteri melalui kontaminasi makanan dan minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan penderita. Selain itu, faktor yang paling dominan berkontribusi dalam penyakit diare adalah air, higiene sanitasi, jamban keluarga, dan air. Jarak sumber air minum, ketersediaan dan kepemilikan jamban menjadi faktor risiko penyebab diare. Diare berhubungan dengan sanitasi yang tidak memadai dan pola higiene yang buruk. Selain itu, penyakit diare sering menyerang bayi dan balita, bila tidak diatasi lebih lanjut diare akan menyebabkan dehidrasi yang mengakibatkan kematian. Diare menjadi pembunuh nomor satu penyebab kematian berdasarkan umur pada anak balita atau kelompok umur 7-59 bulan (Kertapati, 2019).

b) Dari segi kegawatan

Diberikan skor 4 karena dinilai sebagai masalah yang sangat berpengaruh. Faktor risiko penyebab diare ditemukan bahwa faktor lingkungan terkait perilaku hidup masyarakat yang kurang baik dan kondisi lingkungan yang buruk menjadi penyebab seseorang mudah terserang penyakit diare. Secara global setiap tahunnya ada sekitar 2 miliar kasus diare dengan angka kematian 1,5 juta per tahun. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015, terjadi 18 kali KLB diare yang tersebar di 11 provinsi, 18 kabupaten/kota, dengan

jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (CFR 2,47%). Angka kesakitan nasional hasil Survei Morbiditas Diare tahun 2015 yaitu sebesar 214/1.000 penduduk. Maka diperkirakan jumlah penderita diare di fasilitas kesehatan sebanyak 5.097.247 orang, sedangkan jumlah penderita diare yang dilaporkan ditangani di fasilitas kesehatan sebanyak 4.017.861 orang atau 74,33% (dengan target 100%). Sedangkan tahun 2016, perkiraan diare di fasilitas kesehatan meningkat sebanyak 6.897.463 orang dan diare yang ditangani di fasilitas kesehatan sebanyak 2.544.084 orang atau 36,9% (Melvani, Zulkifli and Faizal, 2019).

c) Dari segi kelanjutan / kemampuan SDM menyelesaikan masalah

Diberikan skor 3 karena dinilai mampu dalam mengatasi hal tersebut. Penyuluhan yang dilakukan di masyarakat selama ini kurang berhasil. Lebih menonjolkan sisi kuratif yang diberikan kepada masyarakat selama ini dan lebih banyak menerima informasi mengenai penanganan diare. Dipengaruhi oleh frekuensi penyuluhan dan tehnik komunikasi yang digunakan. Teknik komunikasi yang digunakan lebih banyak menggunakan konseling tanpa menggunakan media lain. Untuk itu dalam melakukan penyuluhan diare sebaiknya menggunakan media yang lengkap dan organisasi masyarakat juga terlibat dalam melakukan penyuluhan. Kader diharapkan dapat berperan sebagai pemberi informasi kesehatan kepada masyarakat, penggerak masyarakat untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan seperti mendatangi posyandu dan melaksanakan hidup bersih dan sehat. Disamping itu kader juga dapat berperan sebagai orang yang pertama kali menemukan jika ada masalah kesehatan di daerahnya dan segera melaporkan ke tenaga kesehatan setempat (Hariani and Ramlah, 2019).

d) Dari segi perhatian / keinginan masyarakat

Diberikan skor 5 karena dinilai sebagai amat sangat perhatian dalam mengatasi hal tersebut. Penggunaan jamban oleh masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Matakali Masih perlu karena masih ada beberapa masyarakat yang tidak memiliki jamban. Dari hasil wawancara dengan Petugas kesehatan lingkungan diketahui bahwa kesadaran masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan dinilai masih rendah, pengelolaan sampah tidak terkelola dengan baik, masyarakat masih ada yang buang sampah sembarangan ke drainase sawah dan di pekarangan rumah. Rendahnya partisipasi masyarakat dikarenakan rendahnya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan selama ini. Masyarakat hanya sekedar tahu bahwa lingkungan yang kotor dapat menimbulkan penyakit tanpa mau dan mampu untuk berbuat. Hal tersebut dikarenakan kurangnya pendekatan yang dilakukan oleh pemerintah. Pemerintah harus lebih dekat dengan masyarakat dan menanamkan kesadaran masyarakat bahwa kebersihan itu penting untuk mencegah penularan penyakit dan keterlibatan masyarakat dalam hal itu sangat dibutuhkan (Hariani and Ramlah, 2019).

e) Segi kebijakan politik

Diberikan skor 2 karena warga Desa pemurus RT. 003 A menilai kurangnya dukungan dari kebijakan politik. Penyuluhan terkait penyakit Diare yang dilakukan tenaga kesehatan masih rendah dan tidak tersalurkannya air bersih Desa Pemurus RT. 003 A sehingga masyarakat harus pergi untuk membeli air bersih. faktor lain yang berisiko terhadap penularan diare, hygiene perorangan juga merupakan faktor risiko kejadian diare disamping faktor hygiene sanitasi makanan dan minuman. Kebiasaan yang tidak baik dalam pengelolaan makanan terutama kepada balita dapat menyebabkan balita mengalami diare yang disebabkan oleh kebersihan

makanan yang kurang terjaga, baik selama proses pembuatan maupun kebersihan alat saji dan sajian. Untuk memperkecil faktor risiko kejadian diare dapat dilakukan peningkatan upaya promosi kesehatan dari pihak puskesmas melalui kegiatan penyuluhan dengan dengan memanfaatkan media bantu sesuai dengan kebutuhan (Aryasih *et al.*, 2019).

3) Sampah

a) Dari segi besarnya masalah

Diberikan skor 3 karena masalah dinilai cukup berat. Sampah merupakan limbah yang banyak mengandung bahan beracun seperti insektisida, logam berat dan sebagainya, yang timbul dari berbagai aktivitas manusia seperti di rumah, sekolah, pasar, tempat umum, dan kantor. Sampah terdiri atas material yang sama dengan barang yang masih berguna dan hanya dibedakan dari kurangnya nilai pada barang tersebut. Sampah sangat berkaitan erat dengan pola hidup seseorang dan budaya masyarakat. Sampah adalah suatu masalah yang perlu ditangani secara baik, karena bila tidak, akan memberikan dampak dan risiko yang cukup signifikan bagi kehidupan manusia naik dari segi estetika Masalah sampah berkaitan dengan kebersihan lingkungan yang memperhatikan kelestarian fungsi dan keseimbangan lingkungan hidup agar lingkungan tetap lestari / tidak tercemar oleh berbagai aktivitas yang ditimbulkan oleh manusia. Sampah merupakan sesuatu yang harus dikelola agar memiliki nilai tambah serta dapat dipakai kembali dan tidak mencemari lingkungan sekitar. Tidak tersedianya Tempat Penampungan sementara (TPS) mengakibatkan warga Desa Pemurus RT. 003 A membuang sampah rumah tangga mereka ke sungai (Ayu, 2019).

b) Dari segi kegawatan

Untuk kegawatan masalah diberikan skor 3 karena masalah mengenai sampah ini dinilai sebagai masalah yang berpengaruh. perilaku masyarakat dalam membuang sampah yang masih tidak memisahkan antara sampah organik dan sampah non organik serta masih ada sebagian masyarakat yang membuang sampah ke sungai sehingga ketika hujan datang saluran air tersumbat hingga menyebabkan sungai meluap dan pencemaran lingkungan. Cara yang paling efektif dalam mengurangi dan mengelola sampah yaitu dengan mengurangi jumlah sampah yang dihasilkan. Namun dengan terus meningkatnya keinginan masyarakat untuk hidup yang lebih baik lagi maka masyarakat akan memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi juga serta menghasilkan sampah yang lebih banyak. Risikonya masyarakat harus mencari metode dalam penanggulangan masalah sampah yang lebih efektif serta cara untuk mengurangi jumlah sampah yang dihasilkan masyarakat (Mujahidin and Kurniasih, 2019).

c) Dari segi kelanjutan/ kemampuan SDM menyelesaikan masalah

Diberikan skor 1 karena warga Desa Penyambaran dinilai tidak mampu dalam mengatasi permasalahan sampah di lingkungan mereka yang sudah terjadi sejak lama. Masyarakat masih tidak memiliki tindakan konkrit terhadap permasalahan yang terjadi, melainkan hanya terus bergantung kepada pemerintah dalam penyediaan tempat penampungan sementara (TPS). Penumpukan memang cara yang sederhana dan murah, namun akan menimbulkan resiko berjangkitnya penyakit menular dan pencemaran yang berupa bau dan kekumuhan. Pembakaran akan menimbulkan pencemaran asap, bau dan kebakaran. Pembakaran dengan teknologi incineration yaitu sampah dibakar pada suhu yang sangat tinggi memang sampah akan terbakar habis, namun

dibutuhkan biaya investasi dan operasional yang sangat tinggi dan suhu minimal agar sampah dapat terbakar habis seringkali tidak dapat dicapai sehingga pembakaran menghasilkan pencemaran (Ayu, 2019).

d) Dari segi perhatian / keinginan masyarakat

Diberikan skor 5 karena warga dinilai amat sangat perhatian terhadap masalah membuang sampah sembarangan ini. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab mengenai penanganan pengelolaan sampah. Sistem pengelolaan sampah harus dilaksanakan secara tepat dan sistematis karena melibatkan penggunaan dan pemanfaatan berbagai sarana prasarana yang meliputi tempat untuk pewadahan, pemindahan, pengumpulan, pengelolaan, pengangkutan, maupun pembuangan akhir. Pemerintah dalam menjalankan fungsinya yaitu pelayanan publik sering kali mengalami berbagai kendala, sehingga sangat dibutuhkan kerja sama dengan semua pihak untuk menyelesaikan persoalan dalam penanggulangan sampah. Kendala yang sering terjadi bagi penyediaan layanan publik yaitu sumber daya, infrastruktur dan kerangka kelembagaan pelayanan public (Mujahidin and Kurniasih, 2019).

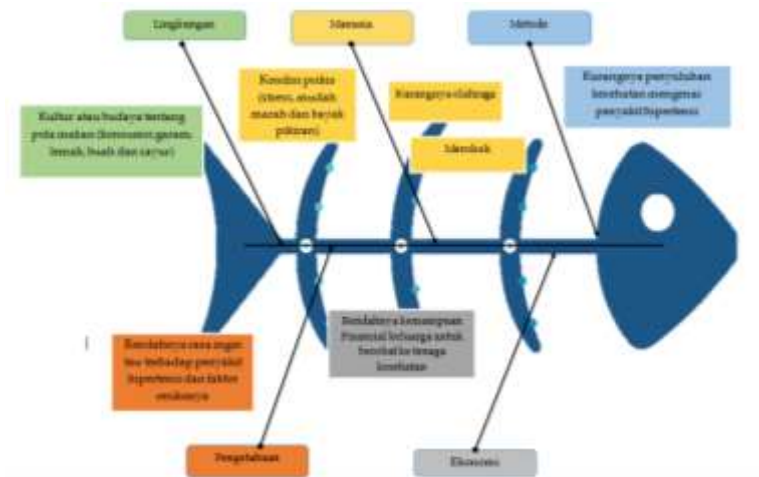
e) Segi kebijakan politik

Diberikan skor 2 karena warga Desa pemurus RT. 003 A menilai kurangnya dukungan dari kebijakan politik. Kebijakan mengenai penanganan sampah yang terbaru dari pemerintah kembali dicanangkan pada Hari Peduli Sampah Nasional (HPSN) tanggal 21 Februari 2016 lalu dengan mengkampanyekan gerakan Indonesia Bebas Sampah 2020. Gerakan ini dimulai dengan adanya kerjasama pemerintah dengan Asosiasi Pengusaha Ritel Indonesia (Aprindo) untuk memberlakukan penggunaan kantong plastik berbayar yaitu Rp. 200,- per kantong plastik. Tujuan dari kebijakan ini adalah agar masyarakat tidak mudah membuang kantong plastik, ada

penghematan dalam penggunaannya dengan digunakan secara berulang-ulang (Ayu, 2019).

3. Faktor Risiko

Suatu masalah sering kali disebabkan oleh banyak penyebab tidak terkecuali untuk masalah Hipertensi. Hipertensi memiliki faktor resiko yang sangat tinggi di Pemurus terutama RT. 003A dikarenakan wilayah desa ini sangatlah dekat dengan pesisir dan pekerjaan utama masyarakat yaitu bertani dan nelayan. Upaya untuk melakukan pemecahan terhadap masalah tersebut harus ditelusuri melalui pendekatan penyebab permasalahan itu terjadi dengan menggunakan *Fish Bone Diagram*. Sirip ikan menggambarkan komponen penyebab masalah utama yaitu manusia, metode, kebijakan, sarana serta lingkungan.



Gambar 19 Fishbone

4. Pemecahan Masalah

Berdasarkan faktor penyebab yang telah dimuat dalam diagram fishbone maka penulis mengusulkan beberapa alternatif pemecahan masalah terkait penyakit hipertensi yang ada di Desa Pemurus RT. 003A. Adapun alternatif pemecahan masalah tersebut, diantaranya adalah:

Tabel 3 Alternatif Pemecahan Masalah

| No | Faktor Resiko | Pemecahan Masalah |
|----|---|---|
| 1 | Manusia <ul style="list-style-type: none">• Kurangnya Olahraga• Kondisi Psikis(Stress, Mudah Marah dan Banyak Pikiran)• Kebiasaan Merokok | <ul style="list-style-type: none">• Melakukan Senam Rutin.• Mengadakan Lomba yang Berhubungan dengan Aktivitas Fisik (Contoh: Lomba Dayung).• Area Bebas Rokok dan Pengurangan Frekuensi Batang Rokok |
| 2 | Metode <ul style="list-style-type: none">• Berdasarkan Hasil Kuesioner Diketahui Bahwa Kurangnya Kegiatan Penyuluhan Kesehatan Mengenai Penyakit Hipertensi yang dilakukan di Desa Pemurus RT. 003A | <ul style="list-style-type: none">• Mengadakan Penyuluhan Terkait Hipertensi |
| 3 | Lingkungan <ul style="list-style-type: none">• Kultur atau Budaya tentang Pola Makan (Konsumsi Garam, Lemak, Buah Dan Sayur) | <ul style="list-style-type: none">• Promosi dan Pelaksanaan Germas: Isi Piringku |
| 4 | Pengetahuan | <ul style="list-style-type: none">• Mengadakan Penyuluhan dan Mebagikan Leaflet |

| No | Faktor Resiko | Pemecahan Masalah |
|----|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan Hasil Kuesioner Diketahui Bahwa Masyarakat Desa Pemurus RT. 003A Memiliki Rasa Ingin Tau yang Rendah terhadap Penyakit Hipertensi dan Faktor Resikonya | Tentang Penyakit Hipertensi |
| 5 | <p>Ekonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> Berdasarkan Hasil Kuesioner Diketahui Bahwa Masyarakat Desa Pemurus RT. 003A Memiliki Kemampuan Finansial Keluarga yang Rendah untuk Berobat Ketenaga Kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> Penyediaan Alat Tensi dan Pembentukan Kader Kecil |

5. Penentuan Prioritas Pemecahan Masalah

Penentuan prioritas pemecahan masalah ditentukan berdasarkan pada pemecahan masalah yang dibuat pada tabel 4.2 dengan melihat pada kemampuan atau keterbatasan seluruh pemecahan masalah yang paling penting dan memungkinkan untuk diselesaikan terlebih dahulu atau yang lebih diprioritaskan. Berdasarkan pada hasil diskusi dalam FGD, pemecahan masalah yang dapat diterapkan dan diaplikasikan ke masyarakat adalah sebagai berikut:

a) Penyuluhan terkait penyakit hipertensi.

Masyarakat RT. 003A Desa Pemurus akan diberikan penyuluhan mengenai penyakit hipertensi.

Dalam kegiatan ini akan bekerja sama dengan pihak puskesmas Kecamatan Aluh-Aluh. Kegiatan ini diharapkan agar masyarakat RT.003A memiliki pengetahuan tentang penyakit hipertensi.

b) Pembentukan dan pelatihan kader hipertensi dan pengecekan rutin tekanan darah.

Pembentukan dan pelatihan kader akan dilakukan oleh mahasiswa dan bekerjasama dengan pihak Puskesmas Kecamatan Aluh-Aluh. Kader hipertensi akan dipilih sebanyak 2 orang, untuk meminimalisir kekurangan tenaga dari kader, maka selain dibentuk kader utama kami juga akan membentuk *back up* kader hipertensi. Seperti halnya kader utama, *back up* kader juga berasal dari warga Pemurus RT.003A. Warga yang melakukan pemeriksaan tekanan darah, akan memberikan iuran kepada kader dengan jumlah nominal akan dibicarakan lebih lanjut kepada warga Pemurus RT. 003A. Kader hipertensi nantinya akan melakukan pengecekan rutin tekanan darah untuk memantau dan mendeteksi penyakit hipertensi di RT. 003A Desa Pemurus.

c) Senam rutin

Senam rutin merupakan salah satu cara untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat yang akan dilaksanakan rutin setiap minggu. Dalam senam rutin tersebut nantinya juga akan diberikan materi kesehatan yang berhubungan dengan penyakit hipertensi oleh para kader.

Penentuan prioritas pemecahan masalah menggunakan teknik *Multiple criteria utility assessment* (MCUA). Adapun kriteria yang digunakan dalam menentukan prioritas pemecahan masalah berdasarkan pembobotan yang diberikan adalah sebagai berikut:

Table 1 Hasil MCUA Alternatif Pemecahan Masalah

| NO | Alternatif Pemecahan Masalah Kriteria | A | | B | | C | |
|--------|--|----|----|-----|----|----|----|
| | | S | BS | S | BS | S | BS |
| 1. | Waktu (3) | 3 | 9 | 3 | 9 | 3 | 9 |
| 2. | Biaya (5) | 5 | 25 | 4 | 20 | 5 | 25 |
| 3. | Dukungan (5) | 3 | 15 | 3 | 15 | 3 | 15 |
| 4. | Penerapan (4) | 4 | 16 | 4 | 16 | 3 | 12 |
| 5. | Keberhasilan (3) | 3 | 9 | 3 | 9 | 3 | 9 |
| Jumlah | | 74 | | 69 | | 70 | |
| Urutan | | I | | III | | II | |

Keterangan pemecahan masalah:

A = Penyuluhan dan pelatihan pada masyarakat untuk memberikan pengetahuan mengenai penyakit hipertensi.

B = Pembentukan dan pelatihan kader hipertensi serta pengecekan rutin tekanan darah.

C = Senam rutin sebagai cara untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat.

S : Skor

BS : Besar skor

Keterangan skor:

a. Waktu penerapan, diberi skor 1-5, yaitu

1= Sangat lama

2= Lama

3= Sedang

4= Cepat

5= Sangat cepat

b. Biaya yang diperlukan, diberi skor 1-5, yaitu:

1= Biayanya sangat tinggi

2= Biaya tinggi

3= Biaya sedang

4= Biaya rendah

5= Biaya sangat rendah

- c. Dukungan semua pihak, diberi skor 1-5,yaitu:
 - 1= Sangat tidak mendukung
 - 2= Tidak mendukung
 - 3= Cukup Mendukung
 - 4= Mendukung
 - 5= Sangat mendukung
- d. Mudah dalam penerapan, diberikan skor 1-5, yaitu:
 - 1= Sangat sulit
 - 2= Sulit
 - 3= Biasa
 - 4= Mudah
 - 5= Sangat mudah
- e. Keberhasilan program, diberikan skor 1-5, yaitu:
 - 1= Sangat tidak efektif
 - 2= Tidak efektif
 - 3= Cukup Efektif
 - 4= Efektif
 - 5= Sangat efektif

Berdasarkan tabel penentuan alternative pemecahan masalah dengan metode MCUA didapatkan urutan prioritas pemecahan masalah penyakit hipertensi adalah Penyuluhan (74), senam rutin (70), dan pembentukan dan pelatihan kader (69). Berikut penjelasan lebih lanjut terkait penentuan skoring.

a. Penyuluhan terkait penyakit hipertensi

1) Waktu

Waktu diberikan skor 3 yaitu sedang, karena nantinya untuk penyuluhan akan membutuhkan proses persiapan serta akan berkelanjutan di setiap kegiatan senam rutin.

2) Biaya yang diperlukan

Biaya diberikan skor 5 yaitu sangat rendah, karena dalam kegiatan penyuluhan nantinya tidak memerlukan biaya yang tinggi seperti pemateri untuk

penyuluhan nanti oleh mahasiswa dan lain sebagainya.

3) Dukungan

Dalam melaksanakan kegiatan penyuluhan diberikan skor 3 yaitu cukup mendukung. Hal ini karena kegiatan penyuluhan ini bermanfaat bagi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan.

4) Mudah dalam penerapan

Kemudahan dalam penerapan diberikan skor 4 yaitu mudah diterapkan karena dapat dilaksanakan tanpa biaya serta persiapan yang besar dan rumit.

5) Keberhasilan program

Keberhasilan program diberiskor 3 yaitu cukup efektif. Karena dapat meningkatkan pengetahuan dari masyarakat terkait penyakit hipertensi.

b. Pembentukan dan pelatihan kader hipertensi

1) Waktu

Waktu diberikan skor 3 yaitu sedang, karena nantinya untuk kader membutuhkan waktu dalam proses pemilihan serta pelatihan.

2) Biaya yang diperlukan

Biaya diberikan skor 4 yaitu rendah, karena dalam kegiatan pembentukan dan pelatihan kader akan bekerja sama dengan pihak Posbindu Desa Pemurus.

3) Dukungan

Dalam melaksanakan kegiatan penyuluhan diberikan skor 3 yaitu cukup mendukung. Hal ini karena kegiatan penyuluhan ini bermanfaat bagi masyarakat dalam mendapatkan informasi serta membantu dalam pengecekan tekanan darah.

4) Mudah dalam penerapan

Kemudahan dalam penerapan diberikan skor 4 yaitu mudah diterapkan karena dapat dilaksanakan setelah para kader mendapatkan pelatihan.

5) Keberhasilan program

Keberhasilan program diberiskor 3 yaitu cukup efektif. Hal ini disebabkan oleh adanya kader hipertensi memudahkan masyarakat untuk memantau penyakit hipertensi yang dimilikinya.

c. Senam rutin

1) Waktu

Waktu diberikan skor 3 yaitu sedang, karena kegiatan senam harus menyiapkan instruktur senam

2) Biaya yang diperlukan

Biaya diberikan skor 5 yaitu rendah, karena dalam kegiatan senam rutin, perlengkapan yang diperlukan sudah tersedia dan tidak membutuhkan biaya lebih.

3) Dukungan

Dalam melaksanakan kegiatan penyuluhan diberikan skor 3 yaitu cukup mendukung. Hal ini karena kegiatan senam rutin ini bermanfaat bagi masyarakat dalam meningkatkan aktivitas fisik serta dapat meningkatkan hubungan harmonis dalam masyarakat.

4) Mudah dalam penerapan

Kemudahan dalam penerapan diberikan skor 3 yaitu biasa karena dapat dilaksanakan setelah memiliki instruktur senam yang dapat memimpin kegiatan senam rutin.

5) Keberhasilan program

Keberhasilan program diberiskor 3 yaitu cukup efektif. Hal ini disebabkan oleh kegiatannya yang cukup sederhana namun dapat meningkatkan kesehatan masyarakat.

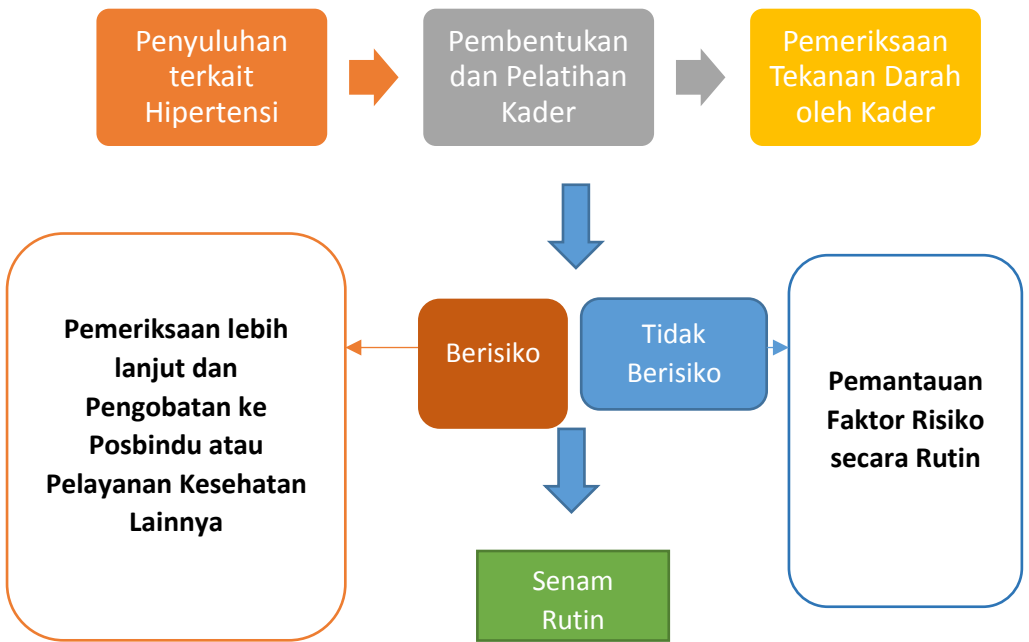
6. Rencana Kegiatan Intervensi (*Plan of Action*)

Berdasarkan prioritas masalah kesehatan di Desa Pemurus RT. 003A yang telah didapatkan, maka akan dibuat sebuah rencana kegiatan intervensi untuk menanggulangi

masalah kesehatan tersebut. Intervensi yang akan dilaksanakan dalam menanggulangi masalah hipertensi di Desa Pemurus RT. 003A adalah sebagai berikut:

1. Penyuluhan terkait penyakit hipertensi
2. Senam rutin
3. Pembentukan dan pelatihan kader hipertensi.

Susunan rencana kegiatan intervensi tersebut dapat dilihat melalui bagan alur berikut:



Gambar 20 Alur Rencana Kegiatan Intervensi

1. Pendahuluan

Desa Pemurus RT. 003A merupakan sebuah daerah pedesaan dan permukiman masyarakat yang berada di Kecamatan Aluh-Aluh. Sebagian besar wilayah Desa Pemurus RT. 003A berupa tanah sawah dan area bantaran sungai, dengan hasil utama berupa padi dan hasil sungai/laut.

Desa Pemurus RT. 003A memiliki berbagai permasalahan dalam bidang kesehatan yang dialami oleh masyarakat berdasarkan hasil diagnosa komunitas, salah satunya adalah terkait penyakit hipertensi. Penyakit hipertensi yang terjadi di Desa Pemurus RT. 003A berdasarkan hasil pengumpulan data faktor risiko dan *forum group discussion* (FGD) didapatkan pengetahuan dan aktivitas fisik yang akan menjadi fokus dalam program intervensi. Rencana kegiatan intervensi yang akan dilakukan adalah mengadakan penyuluhan terkait penyakit hipertensi, senam rutin sebagai upaya untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat, serta pembentukan dan pelatihan kader hipertensi yang akan melakukan pemeriksaan rutin tekanan darah masyarakat.

Pada tahap perencanaan, terlebih dahulu melakukan pendekatan terhadap aparat desa setempat dan masyarakat serta pihak terkait lainnya seperti pihak Puskesmas Aluh-Aluh mengenai peran dari masing-masing pihak terhadap program intervensi yang akan dilakukan. Pada tahap perencanaan juga akan menjelaskan kepada semua pihak terkait tujuan dan manfaat dari program intervensi yang akan dilakukan.

2. Analisa Situasi

a. Keadaan daerah

Desa Pemurus merupakan salah satu desa yang terdapat di Kecamatan Aluh-Aluh, Kabupaten Banjar yang terdiri atas 8 RT. Desa Pemurus memiliki luas wilayah 6,45 Km². Jarak Desa Pemurus ke ibukota

kecamatan adalah 7 Km dengan waktu tempuh sekitar 15 menit. Secara umum, mata pencaharian masyarakat Desa Pemurus adalah petani serta nelayan. Desa Pemurus diklasifikasikan sebagai desa Swasembada dengan klasifikasi LPM II. RT. 003A berbatasan langsung dengan RT. 003 dan RT. 003B.

b. Sarana Upaya Kesehatan yang Ada

Jenis pelayanan kesehatan yang terdapat di Desa Pemurus tahun 2020 adalah Puskesmas Pembantu dan Posyandu. Puskesmas Pembantu merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas. Terdapat 1 orang bidan desa serta 1 orang perawat desa yang melayani dan menetap di Desa Pemurus.

c. Masalah Kesehatan yang Ada

Berdasarkan hasil diagnose komunitas, ditemukan beberapa masalah, yakni:

- 1) Tidak adanya tempat pembuangan sampah, sehingga menyebabkan 90,32% masyarakat Desa Pemurus RT. 003A membuang sampah dengan cara yang tidak baik.
- 2) Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga di desa Pemurus RT. 003A.
- 3) Sebanyak 28KK (56%) mengaku agak sulit dalam akses memperoleh air dan 9KK (18%) mengaku sulit dalam akses memperoleh air.
- 4) Sebanyak 22KK (44%) masyarakat desa Pemurus RT. 003A masih melakukan teknik pengolahan air yang tidak baik.
- 5) Sebayak 40KK (80%) masyarakat Desa Pemurus RT.003A memiliki kondisi jamban yang tidak layak.
- 6) Penyakit menular tertinggi adalah penyakit Diare/Mencret yakni 2,5%.
- 7) Penyakit tidak menular tertinggi adalah penyakit hipertensi dengan prevalensi 4,1%.

8) Tingkat pemberian ASI Eksklusif masih rendah yakni 17KK (65,4%) tidak memberikan ASI Eksklusif.

Masalah yang terjadi di Desa Pemurus RT. 003A seperti yang disebutkan di atas yang menjadi prioritas masalah adalah penyakit hipertensi.

3. Tujuan

a) Tujuan umum

Program ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada masyarakat desa dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perubahan perilaku terhadap kejadian penyakit hipertensi, yakni dalam hal aktivitas fisik.

b) Tujuan khusus

Tujuan khusus dari program ini, adalah:

- (a) Memberikan penyuluhan mengenai penyakit hipertensi.
- (b) Membentuk dan memberikan pelatihan kepada kader untuk melaksanakan kegiatan pemeriksaan rutin tekanan darah.
- (c) Melaksanakan kegiatan senam rutin untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat.

4. Kebijakan Pelaksanaan dan Pokok-Pokok Kegiatan

a. Pokok-Pokok Kebijakan yang Ada atau yang Akan dilakukan Nanti

Kebijakan pelaksanaan dari kegiatan ini adalah perlunya dukungan dari pihak aparat desa dan pejabat setempat dalam mendukung program intervensi sehingga dapat berkesinambungan.

b. Kegiatan-Kegiatan Pokok

Kegiatan-kegiatan pokok yang akan dilakukan pada intervensi ini adalah:

- (1) Melakukan Musyawarah Tingkat Komunitas (MTK) untuk melakukan pendekatan kepada warga setempat.
- (2) Melakukan kegiatan kunjungan ke rumah-rumah warga berupa wawancara langsung ke masing-masing

rumah yang menjadi responden dengan acuan kuisisioner.

- (3) Mengajukan proposal kepada sponsor perihal pengadaan penyuluhan dan pemberdayaan tentang sampah dengan baik dan benar.
- (4) Pelatihan kader terkait pemeriksaan tekanan darah serta sebagai penggerak utama dalam senam rutin.

c. Pengaturan sumber daya

Pengaturan sumber daya pada kegiatan ini adalah pengaturan terhadap tenaga pelaksana kegiatan dan dana yang diperlukan untuk realisasi kegiatan intervensi. Tenaga pelaksana dalam program intervensi adalah mahasiswa PSKM FK Universitas Lambung Mangkurat, pihak Puskesmas Aluh-Aluh, kader hipertensi, serta seluruh masyarakat Desa Pemurus RT. 003A. sedangkan untuk sumber dana didapatkan dari pihak swasta yang memberikan dana sponsor.

d. Pengaturan peran masyarakat

Dalam kegiatan intervensi ini, peran masyarakat sangat diperlukan yakni partisipasi masyarakat dalam kegiatan penyuluhan, senam rutin, serta keinginan masyarakat dalam memeriksakan tekanan darah secara rutin kepada para kader.

e. Penyesuaian waktu

Waknyu kegiatan intervensi akan dilaksanakan pada saat Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) II..

5. Sumber daya yang dimanfaatkan

a. Tenaga

Tenaga yang diperlukan untuk kelancaran kegiatan ini adalah:

- 1) Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat.
- 2) Instansi kesehatan seperti Puskesmas dan Poskesdes.
- 3) Kepala Desa Pemurus dan seluruh aparat desa.
- 4) Ketua RT. 003A Desa Pemurus sera seluruh masyarakat.

b. Dana yang Tersedia

Dana yang tersedia yaitu dari bantuan institusi dan pihak-pihak yang berwenang seperti dari pemerintahan daerah setempat.

6. Perkiraan Faktor-Faktor Penunjang dan Penghambat Rencana Pelaksanaan serta Pemecahan Masalahnya

a. Faktor-Faktor Penunjang dan Penghambat Pelaksanaan Kegiatan

Tentunya terdapat faktor penunjang dalam sebuah kegiatan untuk membantu kelancaran dari kegiatan tersebut dan terdapat faktor-faktor penghambat yang dapat mengganggu kelancaran kegiatan sehingga kita harus mempersiapkan antisipasi lebih awal, memikirkan risiko yang akan timbul, dan hambatan yang akan kita hadapi, agar kegiatan yang dilaksanakan bisa tetap berjalan lancar.

Berikut merupakan faktor-faktor penunjang kegiatan intervensi antara lain adalah:

- 1) Kesadaran masyarakat untuk bisa berpartisipasi terhadap kegiatan yang akan dilakukan.
- 2) Kerjasama dengan tokoh-tokoh masyarakat dan tokoh agama sebagai tokoh yang disegani hingga mereka dapat menjadi pelopor dan panutan perubahan perilaku bagi masyarakat.
- 3) Kerjasama dengan sponsor untuk pengadaan alat pengukur tekanan darah serta dana penunjang lainnya.
- 4) Hubungan kemitraan yang baik dengan pejabat pemerintahan setempat, aparat desa, dan tenaga kesehatan di instansi kesehatan setempat.
- 5) Kondisi masyarakat yang terbuka terhadap hal yang baru untuk membuat kehidupan mereka menjadi lebih baik dan lebih memperhatikan kesehatan.

Sedangkan faktor-faktor yang menjadi penghambat dari kegiatan ini adalah:

- 1) Keadaan masyarakat yang sulit untuk membuka diri terhadap suatu perubahan sehingga program menjadi sulit dijalankan dan partisipasi masyarakat yang kurang baik.
- 2) Kurangnya dana atau tenaga yang akan memperlambat kegiatan intervensi di Desa Pemurus RT. 003A.
- 3) Proses pendekatan ke masyarakat yang lama akan menghambat jalannya kegiatan.

b. Upaya untuk Menjaga atau Meningkatkan Peranan Faktor Penunjang

Faktor penunjang kegiatan juga harus lebih ditingkatkan agar kegiatan bisa berjalan dengan lancar, cepat, tidak perlu memakan waktu yang lama, serta hasil yang didapatkan lebih maksimal. Untuk itu harus diadakan upaya menjaga dan meningkatkan peranan faktor penunjang seperti:

- 1) Menjaga sikap dari masing-masing individu dan lebih beradaptasi dengan kebudayaan dan kebiasaan masyarakat agar memudahkan pendekatan dan advokasi terhadap pihak yang berwenang.
- 2) Lebih mengakrabkan diri terhadap masyarakat desa sehingga mereka mau berpartisipasi dalam kegiatan intervensi yang akan dilakukan.

c. Upaya untuk Mengurangi Faktor Penghambat

Faktor penghambat akan selalu ada di setiap kegiatan yang dijalankan sehingga perlu adanya antisipasi untuk mengurangi hambatan-hambatan yang akan muncul. Hal yang sama untuk menjaga faktor penunjang akan dilakukan juga untuk mengurangi faktor penghambat. Upaya-upaya tersebut antara lain:

- 1) Melakukan pendekatan yang lebih intensif terhadap masyarakat sehingga masyarakat mau membuka diri

terhadap program dan pelaksana program intervensi yang akan dilakukan.

- 2) Menjaga sikap dari masing-masing individu, dan lebih mempersiapkan dana yang diperlukan sehingga tidak terlalu memberatkan masyarakat.

7. Pengawasan Pengendalian dan Penilaian

Kegiatan intervensi yang akan dilaksanakan yaitu penyuluhan terkait penyakit hipertensi, kegiatan senam rutin, serta pembentukan dan pelatihan kader. Indikator keberhasilan dari kegiatan ini adalah:

- a. Input seperti tenaga (sumber daya manusia) yang dapat dikerahkan untuk kegiatan ini, sumber dana, dan bantuan dari pihak yang berwenang.
- b. Proses kegiatan pelaksanaan dari pelaksanaan penyuluhan, kegiatan senam rutin, serta pembentukan dan pelatihan kader dengan baik dan benar sampai ke tahap realisasi juga merupakan indikator keberhasilan kegiatan, baik dengan adanya hambatan atau faktor penunjang kegiatan.
- c. Segi output (hasil) dari kegiatan intervensi, dilihat dari partisipasi masyarakat untuk menjalankan program intervensi dengan baik sehingga mendapatkan *outcome* yang baik, seperti terjadinya penurunan angka kejadian hipertensi pada masyarakat Desa Pemurus RT. 003A.

Setelah kegiatan dilakukan harus ada tindak lanjut seperti pengawasan, pengendalian, dan penilaian untuk memantau keberhasilan kegiatan intervensi yang kita laksanakan. Beberapa tindakan penilaian antara lain adalah:

- a. Pengamatan dan pengawasan setiap bulan sekali terhadap partisipasi masyarakat dalam kegiatan senam rutin serta pada saat pemeriksaan rutin dilakukan.
- b. Jumlah angka kejadian penyakit masyarakat akan dilaporkan ke puskesmas atau posbindu.

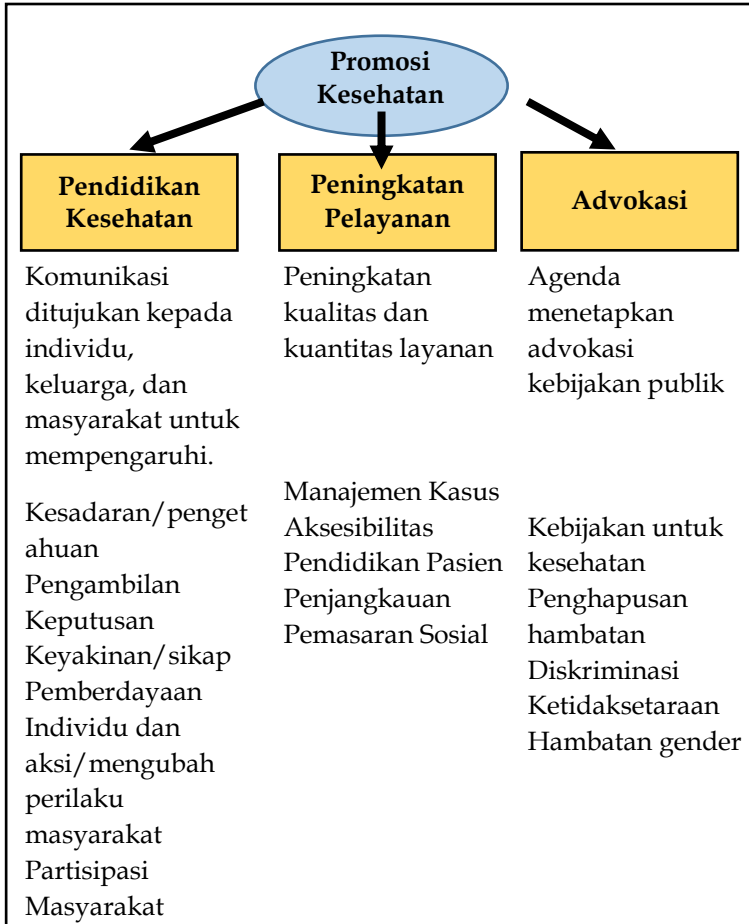
BAB V

TEORI PROMOSI KESEHATAN TERKAIT PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Sejak deklarasi Piagam Ottawa pada tahun 1986, peran promosi kesehatan sebagian besar tetap konsisten sebagai 'proses memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas, dan untuk meningkatkan kesehatan mereka' (Laverack, 2017). Piagam Ottawa 1986 telah menetapkan visi yang luas dan kerangka kerja inklusif untuk memandu gerakan global dalam memajukan keadilan kesehatan (Jongen, McCalman and Bainbridge, 2017).

Piagam Ottawa menyadari pentingnya mengadvokasi, memampukan, dan memediasi peningkatan kesehatan lintas sektor dan kelompok masyarakat. Saat ini, dalam masyarakat dengan keragaman sosiokultural yang signifikan dan berkembang dengan ketimpangan kesehatan antar kelompok penduduk. Piagam ini menegaskan bahwa "*strategi dan program promosi kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan kemungkinan lokal... dan memperhitungkan sistem sosial, budaya, dan ekonomi yang berbeda*" (Jongen, McCalman and Bainbridge, 2017).

Pendekatan praktis untuk promosi kesehatan adalah dengan mengelompokkan kembali lima komponen dalam Piagam Ottawa ke dalam tiga bidang tindakan, yakni: pendidikan kesehatan, peningkatan layanan dan advokasi untuk perubahan kebijakan (HESIAD) (Hubley, Copeman and Woodall, 2021).

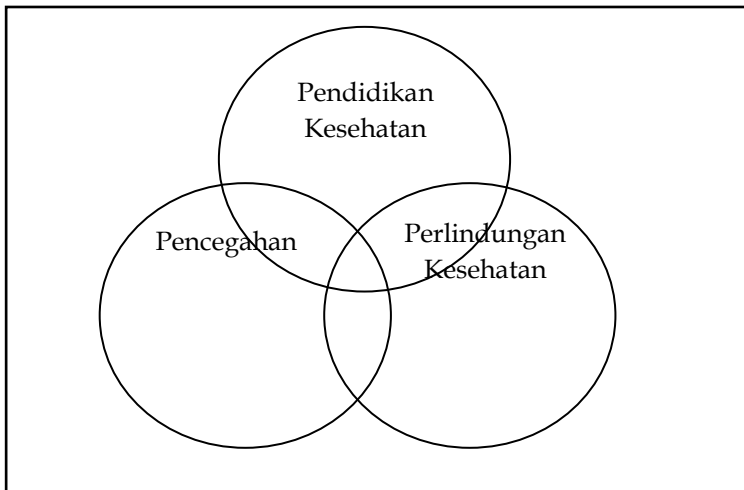


Gambar 21 Kerangka Kerja HESIAD untuk promosi kesehatan

Tannahill dalam model promosi kesehatannya, melihat promosi kesehatan sebagai sebuah 'upaya untuk meningkatkan kesehatan positif dan mencegah kesehatan yang buruk, melalui bidang pendidikan kesehatan, pencegahan, dan perlindungan kesehatan yang tumpang tindih'. Tannahill menempatkan promosi kesehatan dalam berbagai domain kesehatan masyarakat tradisional. Model ini dapat digambarkan sebagai satu set lingkaran tumpang tindih dengan tujuh domain yang disatukan oleh prinsip-

prinsip promosi kesehatan, yang bersifat eklektik dan multidisiplin. Ketujuh domain tersebut adalah (Reitz, 2013):

- Layanan pencegahan
- Edukasi kesehatan preventif
- Perlindungan kesehatan preventif
- Edukasi kesehatan untuk perlindungan preventif
- Pendidikan kesehatan positif
- Perlindungan kesehatan positif
- Pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk perlindungan kesehatan positif



Gambar 22 Model Promosi Kesehatan

Dengan adanya kemajuan teknologi, terdapat peluang baru yang tercipta dalam bidang komunikasi dan pergeseran pemikiran professional menuju kebutuhan untuk terlibat secara aktif dengan komunitas dengan menjadi lebih peka terhadap situasi. Promosi kesehatan merupakan bagian dari sains dan juga seni. Sains muncul dari penelitian, bukti dan pengetahuan baru, sedangkan seni muncul dari penilaian professional, intuisi dan pengalaman sebelumnya (Laverack, 2017).

Penerapan prinsip dan praktik promosi kesehatan merupakan bagian yang sangat penting dari kesehatan masyarakat karena beberapa alasan berikut (Fleming and Baldwin, 2020):

1. Selain memungkinkan individu untuk memiliki kehidupan yang produktif, promosi kesehatan dapat membantu mempersingkat proses perawatan. Promosi kesehatan juga dapat membantu meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik pasca perawatan.
2. Saat ini promosi kesehatan berfokus pada semua umur, dan secara khusus menargetkan kesehatan kaum muda sebagai landasan praktik kesehatan yang lebih baik.
3. Promosi kesehatan dapat memberikan manfaat sosial dan ekonomi terhadap kesejahteraan masyarakat.
4. Dapat membantu kesehatan mental.
5. Memiliki peluang dalam menjangkau seluruh populasi dengan cara dan waktu yang berbeda melalui program multi-level dan multi-dimensi, serta kebijakan dan perundang-undangan dengan dukungan intervensi yang lebih intensif.

Promosi kesehatan merupakan proses memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali dan memperbaiki kesehatan mereka. Untuk mencapai kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh, individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, dan mengubah atau mengasi lingkungan. Oleh karena itu, kesehatan dipandang sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari, bukan sebagai tujuan hidup (Hubley, Copeman and Woodall, 2021).

Secara umum tindakan promosi kesehatan dapat diartikan sebagai berikut:

1. Membangun kebijakan publik yang sehat

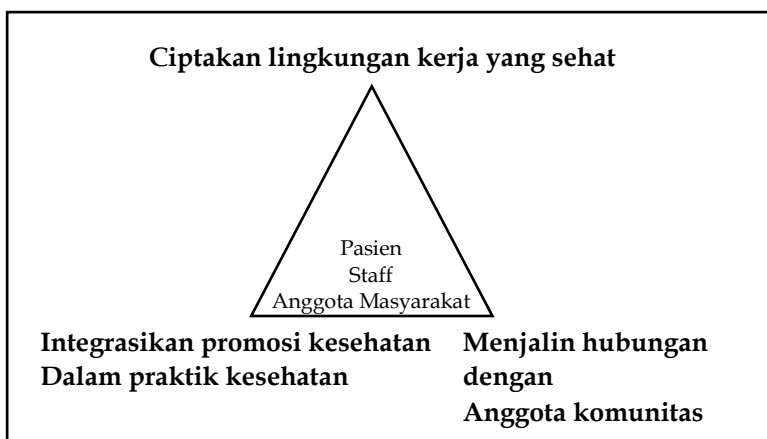
Promosi kesehatan melampaui perawatan kesehatan. Promosi kesehatan selalu menempatkan kesehatan dalam semua agenda pembuat kebijakan di semua sektor dan tingkatan. Promosi kesehatan mengarahkan pembuat kebijakan untuk menyadari konsekuensi dari keputusan mereka dalam bidang kesehatan. Kebijakan promosi kesehatan menggabungkan pendekatan yang beragam tetapi saling melengkapi termasuk

undang, tindakan fiscal, perpajakan dan perubahan organisasi (Hublely, Copeman and Woodall, 2021).

Promosi kesehatan merupakan merupakan tindakan terkoordinasi yang mengarah pada kesehatan, pendapatan, dan kebijakan sosial yang mendorong kesetaraan yang lebih besar. Kebijakan promosi kesehatan memerlukan identifikasi hambatan dalam penerapan kebijakan publik yang sehat di sektor non-kesehatan, dan cara menghilangkan hambatan tersebut (Hublely, Copeman and Woodall, 2021).

2. Menciptakan lingkungan yang mendukung

Promosi kesehatan menghasilkan kondisi hidup dan kerja yang aman, memuaskan dan menyenangkan. Penilaian terhadap dampak kesehatan dari lingkungan yang berubah dengan cepat, terutama di bidang teknologi, pekerjaan, produksi energi dan urbanisasi sangat penting dan harus diikuti dengan tindakan untuk memastikan membawa manfaat yang positif bagi kesehatan masyarakat. Perlindungan lingkungan alam dan lingkungan buatan serta konservasi sumber daya alam harus diperhatikan dalam strategi promosi kesehatan (Hublely, Copeman and Woodall, 2021).



Gambar 23 Tiga Kriteria Umum dalam Promosi Kesehatan

Berdasarkan gambar di atas, perlu diingat bahwa pengaturan peningkatan kesehatan tidak hanya untuk pasien, tetapi juga untuk staf dan anggota masyarakat (Thompson, Watson and Tilford, 2018).

3. Memperkuat tindakan komunitas

Inti dari proses ini adalah pemberdayaan komunitas, kepemilikan dan kendali atas usaha dan takdir mereka sendiri. Pengembangan masyarakat mengacu pada sumber daya manusia dan material yang ada di masyarakat untuk meningkatkan kemandirian dan dukungan sosial, dan untuk mengembangkan sistem yang fleksibel dalam memperkuat partisipasi publik dan arah masalah kesehatan (Hubley, Copeman and Woodall, 2021).

4. Mengembangkan keterampilan pribadi

Promosi kesehatan mendukung pengembangan individu dan sosial melalui penyediaan informasi, pendidikan kesehatan dan peningkatan keterampilan hidup. Dengan demikian, dapat membantu meningkatkan pilihan yang tersedia bagi orang-orang untuk lebih mengontrol kesehatan dan lingkungan mereka, dan untuk membuat pilihan yang kondusif bagi kesehatan. Proses ini juga memungkinkan seseorang untuk belajar sepanjang hidup, untuk mempersiapkan diri dan penting dalam mengatasi penyakit kronis dan cedera. Promosi kesehatan harus difasilitasi di sekolah, rumah, tempat kerja dan lingkungan masyarakat. Tindakan ini memerlukan badan pendidikan, profesional, komersial dan sukarela, bahkan institusi itu sendiri (Hubley, Copeman and Woodall, 2021).

5. Reorientasi layanan kesehatan

Tanggung jawab untuk promosi kesehatan dalam layanan kesehatan terbagi antara individu, kelompok masyarakat, profesional kesehatan, lembaga layanan kesehatan dan pemerintah. Semua harus bekerja sama menuju sistem pelayanan kesehatan yang berkontribusi pada pencapaian

kesehatan. Reorientasi layanan kesehatan juga membutuhkan perhatian yang lebih kuat pada penelitian kesehatan serta perubahan dalam pendidikan dan pelatihan profesional. Hal ini harus mengarah pada perubahan sikap dan organisasi layanan kesehatan, yang berfokus kembali pada kebutuhan total individu secara keseluruhan (Hubley, Copeman and Woodall, 2021).

Piagam Ottawa menyatakan bahwa perlu beralih dari pelayanan yang menekankan layanan klinis dan kuratif dan lebih banyak berinvestasi dalam promosi kesehatan. Namun, seiring dengan meningkatnya beban penyakit, perbedaan antara biaya yang dihabiskan untuk pelayanan rumah sakit dan jumlah biaya yang dihabiskan untuk layanan perawatan primer juga meningkat. Secara umum, pelayanan kesehatan harus mengupayakan intervensi model medis, termasuk penilaian dan pengelolaan faktor risiko, serta layanan skrining dan imunisasi (Thompson, Watson and Tilford, 2018).

6. Langkah ke depan

Kesehatan diciptakan dan dijalani oleh orang-orang dalam pengaturan kehidupan sehari-hari mereka, yakni tempat belajar, bekerja, bermain, dan mencintai. Kesehatan memastikan masyarakat menciptakan kondisi yang memungkinkan bagi hidup mereka. Perawatan, holisme dan ekologi adalah masalah penting dalam mengembangkan strategi untuk promosi kesehatan. Oleh karena itu, mereka yang terlibat harus mengambil prinsip bahwa dalam setiap tahap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan promosi kesehatan, perempuan dan laki-laki harus menjadi mitra yang setara (*Ottawa charter for health promotion*, 1986).

Piagam Ottawa mengidentifikasi tiga strategi dasar dalam promosi kesehatan:

a. Advokasi (*Advocate*)

Kesehatan yang baik adalah sumber utama untuk pengembangan sosial, ekonomi dan pribadi, serta dimensi

kualitas hidup. Faktor politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan biologis semuanya dapat mendukung atau membahayakan kesehatan. Melalui advokasi, promosi kesehatan dapat menjadikan kondisi tersebut menguntungkan bagi kesehatan masyarakat (*Ottawa charter for health promotion, 1986*).

b. Memampukan (*Enable*)

Promosi kesehatan berfokus pada pencapaian kesetaraan dalam kesehatan. Tindakan promosi kesehatan bertujuan untuk mengurangi perbedaan dalam status kesehatan dan untuk memastikan ketersediaan kesempatan dan sumber daya yang sama untuk memungkinkan semua orang mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya. Strategi ini termasuk landasan yang aman dalam lingkungan yang mendukung, akses ke informasi, keterampilan hidup, dan peluang untuk membuat pilihan yang sehat. Orang tidak dapat mencapai potensi kesehatan sepenuhnya kecuali mereka mampu mengendalikan hal-hal yang menentukan kesehatan mereka. Ini harus berlaku sama untuk wanita dan pria (*Ottawa charter for health promotion, 1986*).

c. Memediasi (*Mediate*)

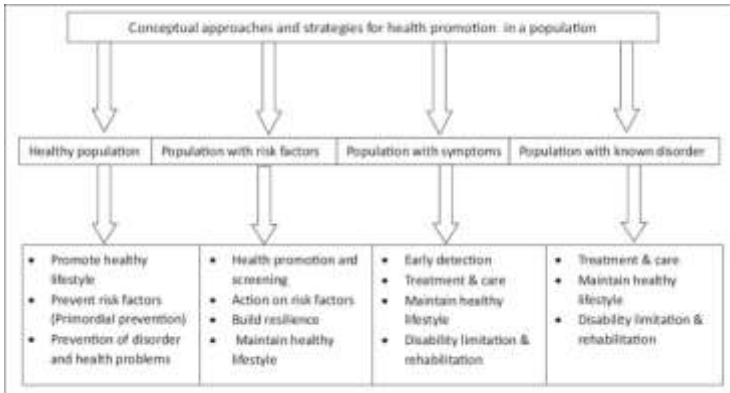
Prasyarat dan prospek kesehatan tidak dapat dijamin oleh sektor kesehatan saja. Promosi kesehatan menuntut tindakan yang terkoordinasi oleh semua pihak, termasuk pemerintah, kesehatan dan sektor sosial dan ekonomi lainnya, organisasi non-pemerintah dan sukarela, otoritas lokal, industri dan media (*Ottawa charter for health promotion, 1986*).

Kelompok profesional dan sosial serta tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab besar untuk menengahi antara kepentingan yang berbeda di masyarakat. Strategi dan program promosi kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan kemungkinan masing-masing negara dan wilayah untuk memperhitungkan sistem sosial, budaya, dan ekonomi yang berbeda (*Ottawa charter for health promotion, 1986*).

Upaya promosi kesehatan dapat diarahkan pada kondisi kesehatan yang menjadi prioritas dengan melibatkan populasi besar dan mempromosikan berbagai intervensi. Pendekatan berbasis masalah ini akan bekerja lebih baik jika dilengkapi dengan rancangan yang berbasis pengaturan. Rancangan berbasis pengaturan dapat diimplementasikan di sekolah, tempat kerja, pasar, daerah pemukiman, dan lain-lain untuk mengatasi masalah kesehatan prioritas dengan mempertimbangkan faktor penentu kesehatan yang kompleks seperti perilaku, kepercayaan budaya, praktik, dan lain-lain yang beroperasi di tempat tinggal dan tempat kerja. Desain berbasis pengaturan juga memfasilitasi integrasi tindakan promosi kesehatan ke dalam kegiatan sosial dengan mempertimbangkan situasi lokal yang ada (Kumar and Preetha, 2012).

Kerangka konseptual dalam Gambar 3 di bawah ini merangkum pendekatan untuk promosi kesehatan. Ini melihat kebutuhan seluruh populasi. Populasi suatu penyakit dapat dibagi menjadi empat kelompok: a) populasi sehat, b) populasi faktor risiko, c) populasi gejala, dan d) populasi penyakit atau gangguan. Masing-masing dari keempat kelompok populasi ini perlu ditargetkan dengan intervensi khusus untuk menangani kebutuhan seluruh populasi secara komprehensif (Kumar and Preetha, 2012).

Singkatnya, ini mencakup pencegahan primordial bagi populasi yang sehat hingga perawatan kuratif dan rehabilitatif bagi populasi yang menderita penyakit. Pencegahan primordial bertujuan untuk membangun dan memelihara kondisi untuk meminimalkan bahaya terhadap kesehatan. Ini terdiri dari tindakan dan langkah-langkah yang menghambat kondisi lingkungan, ekonomi, sosial dan perilaku, pola budaya hidup yang dikenal untuk meningkatkan risiko penyakit (Kumar and Preetha, 2012).



Gambar 24 Kerangka konseptual untuk promosi kesehatan

Menerapkan pendekatan promosi kesehatan dalam satu kondisi mungkin berhasil, tetapi dalam kondisi kemungkinan untuk gagal juga ada. Penerapan teori tidak mampu menjamin perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan, atau keuntungan dalam kontrol atas kesehatan dan kehidupan masyarakat (Laverack, 2017).

Seni promosi kesehatan adalah dengan mengetahui kapan dan bagaimana menggunakan pendekatan khusus untuk mencapai hasil yang diinginkan. Di masa lalu, ketika promosi kesehatan gagal mengubah perilaku, maka akan cenderung 'menyalahkan korban'; misalnya, perilaku minum minuman beralkohol dan makan makanan tinggi lemak dan gula, kebiasaan merokok, serta kurang aktivitas fisik. Meskipun mereka mengetahui bahwa perilaku tersebut berbahaya, namun pada kebanyakan kasus mereka akan tetap melakukan perilaku berisiko tersebut (Laverack, 2017).

Hal ini akan menimbulkan perasaan tidak berdaya dan ketidakpercayaan antara promotor kesehatan dengan masyarakat. Situasi ini semakin diperparah dengan saran kesehatan yang diberikan oleh promotor kesehatan, misalnya, mengenai konsumsi alkohol dan vaksinasi. Promosi kesehatan sangat bergantung pada teori-teori yang menjelaskan perubahan perilaku kesehatan individu, dan pada penggunaan pendidikan kesehatan, pengembangan keterampilan pribadi, dan untuk

mempengaruhi norma-norma yang dipersepsikan (Laverack, 2017).

Kompetensi budaya muncul sebagai strategi untuk mengatasi perbedaan budaya antara promotor kesehatan dengan pasien yang memiliki keyakinan dan praktik kesehatan yang berbeda dari kedokteran umum. Dalam konteks ini, kompetensi budaya berkaitan dengan dinamika interpersonal dalam pertemuan layanan kesehatan dan bagaimana disonansi budaya berdampak pada pasien (Jongen, McCalman and Bainbridge, 2017).

Namun, seiring waktu, kompetensi budaya berkembang menjadi pengakuan bahwa pelayanan kesehatan memungkinkan untuk diterapkan jika benar-benar sesuai dengan budaya populasi yang beragam. Persyaratan kompetensi budaya yang akan diintegrasikan di semua tingkat sistem pelayanan kesehatan tercermin dalam definisi kompetensi budaya yang di berikan oleh Cross *et al* (1989) yakni kompetensi budaya "sebagai seperangkat perilaku, sikap dan kebijakan yang sesuai yang bersatu dalam suatu sistem, lembaga atau di antara para profesional yang memungkinkan sistem, lembaga atau profesi tersebut untuk bekerja secara efektif dalam situasi lintas budaya". Saat ini, kompetensi budaya mencakup strategi intervensi yang beragam yang menargetkan tidak hanya praktisi kesehatan tetapi juga seluruh organisasi dan sistem kesehatan (Jongen, McCalman and Bainbridge, 2017).

Lebih lanjut, ketika promosi kesehatan diterapkan, prinsip akses dan pemerataan memastikan bahwa semua masyarakat dapat mengakses perawatan yang berkelanjutan dalam sistem pelayanan kesehatan. Aboriginal dan Torres Strait Islander menjelaskan bahwa kesehatan dan kesejahteraan dipengaruhi oleh faktor selain kemampuan individu untuk melakukan perubahan, yang berarti bahwa banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan diluar dari faktor penyediaan pelayanan kesehatan (Fleming and Baldwin, 2020).

Prioritas Promosi Kesehatan pada Abad ke-21

1. Mempromosikan tanggung jawab sosial untuk kesehatan

Pengambil keputusan harus berkomitmen kuat untuk tanggung sosial. Baik sektor publik maupun swasta harus mempromosikan kesehatan dengan menjalankan kebijakan dan praktik yang tidak mengganggu kesehatan individu; melindungi lingkungan dan memastikan penggunaan sumber daya yang berkelanjutan; membatasi produksi dan perdagangan barang dan zat yang secara inheren berbahaya seperti tembakau dan persenjataan, serta mencegah praktik pemasaran yang tidak sehat, melindungi warga dan individu di tempat kerja, termasuk penilaian dampak kesehatan yang berfokus pada ekuitas sebagai bagian integral dari pengembangan (Reitz, 2013).

2. Meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan

Pada banyak negara, investasi kesehatan saat ini tidak memadai dan sering tidak efektif. Peningkatan investasi untuk pengembangan kesehatan membutuhkan pendekatan yang benar-benar multi-sektoral, termasuk sumber daya tambahan untuk pendidikan dan perumahan serta untuk sektor kesehatan. Investasi yang lebih besar untuk kesehatan dan reorientasi investasi yang ada, baik di dalam maupun antar negara, berpotensi mencapai kemajuan signifikan dalam pembangunan manusia, kesehatan dan kualitas hidup. Investasi untuk kesehatan harus mencerminkan kebutuhan kelompok tertentu, seperti wanita, anak-anak, orang yang lebih tua, dan penduduk asli, miskin dan terpinggirkan (Reitz, 2013).

3. Konsolidasi dan perluas kemitraan untuk kesehatan

Promosi kesehatan membutuhkan kemitraan untuk kesehatan dan pembangunan sosial antara berbagai sektor di semua tingkat pemerintahan dan masyarakat. Kemitraan yang ada perlu di diperkuat dan potensi kemitraan baru harus dieksplorasi. Kemitraan menawarkan keuntungan timbal balik bagi kesehatan melalui berbagai keahlian, keterampilan, dan sumber daya. Setiap kemitraan harus transparan dan akuntabel

dan didasarkan pada prinsip-prinsip etika yang disepakati, saling memahami dan menghormati. Selain itu, pedoman WHO juga harus dipatuhi (Reitz, 2013).

4. Meningkatkan kapasitas komunitas dan memberdayakan individu

Promosi kesehatan dilakukan oleh dan dengan orang-orang, bukan pada atau kepada orang-orang. Ini meningkatkan kemampuan individu untuk mengambil tindakan, dan kapasitas kelompok, organisasi atau komunitas sebagai faktor penentu kesehatan. Meningkatkan kapasitas masyarakat untuk promosi kesehatan membutuhkan pendidikan praktis, pelatihan kepemimpinan, dan akses ke sumber daya. Memberdayakan individu menuntut akses yang lebih konsisten dan dapat diandalkan ke proses pengambilan keputusan serta keterampilan dan pengetahuan yang penting untuk mempengaruhi perubahan. Komunikasi tradisional dan media informasi serta sumber daya sosial, budaya dan spiritual perlu dimanfaatkan secara inovatif guna membantu proses ini (Reitz, 2013).

5. Amankan infrastruktur untuk promosi kesehatan

Untuk mengamankan infrastruktur promosi kesehatan, perlu adanya mekanisme baru dalam pendanaan promosi kesehatan baik secara lokal, nasional, maupun global. Insentif harus dikembangkan untuk mempengaruhi tindakan pemerintah, organisasi non pemerintah, lembaga pendidikan dan sektor swasta untuk memastikan bahwa mobilisasi sumber daya untuk promosi kesehatan dimaksimalkan. 'Pengaturan untuk kesehatan' mewakili dasar organisasi dari infrastruktur yang diperlukan untuk promosi kesehatan. Tantangan kesehatan baru berarti bahwa jaringan baru dan beragam perlu dibuat untuk mencapai kolaborasi antar sektoral. Jaringan tersebut harus menyediakan bantuan timbal balik di dalam dan di antara negara-negara, dan memfasilitasi pertukaran informasi tentang strategi mana yang terbukti efektif yang sesuai dengan

lingkungannya. Pelatihan dan praktik keterampilan kepemimpinan lokal harus didorong dalam rangka mendukung kegiatan promosi kesehatan (Reitz, 2013).

Dokumentasi pengalaman dalam promosi kesehatan melalui penelitian dan pelaporan proyek harus ditingkatkan untuk meningkatkan perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Semua negara harus mengembangkan lingkungan politik, hukum, pendidikan, sosial dan ekonomi yang sesuai yang diperlukan untuk mendukung promosi kesehatan (Reitz, 2013).

BAB VI

MODEL-MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI LINGKUNGAN LAHAN BASAH

Terdapat beberapa model pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dan kaitannya dirumuskan sebagai berikut (Sapriya *et al.*, 2021).

Pertama, model pengembangan lokal, yaitu pemberdayaan masyarakat yang sejalan dengan model pembangunan lokal sebagai suatu upaya penyelesaian permasalahan masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan mengembangkan potensi dan sumber daya lokal.

Kedua, model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi kesehatan, penyuluhan kesehatan pribadi, tindakan legislatif, dan pemberdayaan masyarakat.

Ketiga, model promosi kesehatan perspektif multidisiplin dengan mempertimbangkan lima pendekatan termasuk medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan dan perubahan sosial.

Keempat, model pelayanan kesehatan primer yang berbasis pelayanan masyarakat yang sesuai dengan kehidupan, masyarakat harus bertanggung jawab dalam mengidentifikasi kebutuhan dan dalam menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan pelayanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi pelayanan kesehatan.

Kelima, model pemberdayaan masyarakat yang meliputi partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai-nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat.

Keenam, model penyelenggaraan komunitas, yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, responsive budaya, dan kompetensi masyarakat.

Ketujuh, model penentu sosial ekonomi kesehatan yang meliputi pendidikan, ketenagakerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berkaitan dengan kesehatan.

Kedelapan, model interaksi kesehatan masyarakat dan ekosistem antara masyarakat, lingkungan, dan perekonomian dengan kesehatan.

Kesembilan, model determinan lingkungan kesehatan individu dan masyarakat yang meliputi lingkungan psikososial, lingkungan mikrofisik, lingkungan ras/kelas/gender, lingkungan perilaku, dan lingkungan kerja.

Reid (2002) menyarankan beberapa langkah dan proses yang dapat diterapkan ketika melakukan pemberdayaan dalam pengembangan masyarakat. Langkah-langkah berikut harus dilaksanakan secara berurutan (Fauziah *et al.*, 2017):

1. Membangun Kepercayaan (*Building Hope*)

Langkah pertama dalam proses pemberdayaan adalah meningkatkan harga diri dan menghilangkan keputus-asaan di antara anggota masyarakat yang tidak mampu meningkatkan kualitas hidup. Menjadi mudah putus asa dan kurangnya harga diri dapat mengancam dan menghambat impian untuk mendapatkan kehidupan yang lebih baik. Hanya tokoh masyarakat yang tinggi, dihormati, dan visioner yang mampu memobilisasi anggota masyarakat untuk melakukan tindakan meskipun bukan tugas yang mudah untuk mengubah sikap mereka yang tidak memiliki sikap tekad dan putus asa (Fauziah *et al.*, 2017).

Namun demikian, kadang-kadang peristiwa yang mengancam kehidupan mereka seperti kebakaran pertanian, kerusakan lingkungan dan polusi, wabah penyakit, dan tingkat kejahatan yang tinggi dalam sebuah komunitas dapat menciptakan kesadaran dan mampu memobilisasi mereka untuk memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Keiffer (1984) meyakini bahwa tahapan ini dianggap sebagai provokasi yang menciptakan kesadaran pada tahap awal proses pemberdayaan. Demikian juga di tingkat pemerintahan, peluang dan ruang harus diberikan untuk membangun harapan dan tekad yang tinggi dengan memberikan insentif dan inisiatif seperti menetapkan kompetisi atau program pembangunan. Dari program tersebut, potensi mereka dapat dikembangkan untuk memastikan bahwa mereka dapat merencanakan, mengimplementasikan, dan membuat keputusan dalam

program pengembangan sesuai dengan kebutuhan dan persyaratan mereka (Fauziah *et al.*, 2017).

2. Partisipasi Luas (*Widespread Participation*)

Proses pemberdayaan dalam program pembangunan masyarakat tidak akan berhasil jika hanya diikuti oleh pimpinan atau kelompok kecil atau pihak lain seperti kementerian, departemen, lembaga pemerintah, dan lembaga swasta. Pemberdayaan membutuhkan partisipasi yang luas dari anggota, asosiasi, atau komunitas. Pemberdayaan tidak mungkin terjadi jika hanya para elit yang terlibat dan melaksanakan program masyarakat. Dilain sisi, ide, energi, keterampilan, dan antusiasme masyarakat adalah aset atau potensi tersembunyi yang harus ditangani melalui proses pemberdayaan. Partisipasi yang luas dan aktif dari anggota masyarakat akan menghasilkan keputusan yang baik yang dibuat dalam program pembangunan (Fauziah *et al.*, 2017).

Isu partisipasi telah banyak dibahas oleh para peneliti dan dianggap sebagai media utama pemberdayaan dan cara paling efektif untuk melibatkan masyarakat dalam pembangunan masyarakat. Semakin banyak anggota komunitas yang terlibat, semakin banyak orang akan diberdayakan. Pendekatan partisipasi ini dimulai ketika ada kegagalan menggunakan pendekatan *bottom-up* untuk meningkatkan kesejahteraan hidup (Fauziah *et al.*, 2017).

3. Membangun Hubungan dengan Mitra

Tahap ini dikenal sebagai tahap kemajuan dalam proses pemberdayaan (Keiffer; 1984). Pada tahap ini, komunitas perlu memiliki hubungan yang baik dengan organisasi lain dan menjadi mitra dalam mengimplementasikan pembangunan. Mitra ini diperlukan untuk membantu mengidentifikasi aset atau sumber daya dalam komunitas dan membangun kapasitas kelembagaan untuk bergerak maju (Fauziah *et al.*, 2017).

4. Membuat Visi (*Creating Vision*)

Sebelum melaksanakan proses pembangunan, anggota masyarakat harus memiliki visi yang jelas untuk meramalkan arah. Langkah pertama dalam menciptakan visi adalah memulai dengan menilai kekuatan dan kelemahan kapasitas sebuah komunitas. Penilaian sumber daya dilakukan dengan mengidentifikasi aset yang ada dan diikuti dengan menilai kemampuan masyarakat di masa depan. Berdasarkan penilaian tersebut, masyarakat akan membangun visi yang memiliki tujuan dan strategi untuk melaksanakan program atau kegiatan pembangunan yang dapat meningkatkan kesejahteraan hidup. Strategi dibangun berdasarkan hambatan atau permasalahan yang ada di lingkungan masyarakat seperti tingginya angka kemiskinan, penurunan kinerja, peningkatan angka kriminalitas, pengangguran dan sebagainya. Dari strategi tersebut, masyarakat akan menemukan pendekatan yang tepat untuk mengatasi permasalahan yang menghambat proses perubahan (Fauziah *et al.*, 2017).

5. Menyusun Rencana Kerja (*Establishing Work Plan*)

Langkah selanjutnya dalam proses pemberdayaan adalah menyusun rencana kerja. Rencana kerja berfungsi sebagai 'peta jalan' yang merupakan bagian dari persyaratan dasar untuk mencapai hasil yang ditargetkan. Rencana kerja berisi instruksi khusus bagi masyarakat, daftar jadwal kerja, serta anggaran dan tanggung jawab untuk program. Rencana kerja berasal dari strategi yang diterjemahkan dalam bentuk tindakan atau langkah-langkah tertentu yang perlu diambil oleh masyarakat. Masyarakat yang diberdayakan harus mampu menerapkan rencana kerja yang dirancang sendiri untuk memastikan bahwa penerapan rencana kerja berada di jalur yang benar dan menghasilkan pencapaian yang berarti dalam mencapai tujuan pembangunan masyarakat, masyarakat perlu menetapkan indikator dalam mengukur keberhasilan dan menilai hasil dari pencapaian untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Fauziah *et al.*, 2017).

6. Mencari Sumber Daya (*Finding Resources*)

Setelah anggaran selesai dibuat, langkah selanjutnya adalah mencari sumber daya untuk mendukung implementasi dari rencana yang telah ditetapkan. Sumberdaya yang dibutuhkan berupa uang, keterampilan dan pengetahuan yang dapat diperoleh dalam berbagai sumber, baik yang berasal dari pemerintah maupun pihak swasta. Misalnya, uang dapat diperoleh dalam berbagai cara, seperti melalui hibah, pinjaman atau iuran keanggotaan. Namun yang terpenting pada tahap ini adalah pada bagian perencanaan harus dibuat berdasarkan sumber daya yang tersedia, dan tidak boleh diubah karena kekurangan atau kelebihan sumber daya (Fauziah *et al.*, 2017).

7. Menciptakan Kesuksesan (*Creating Success*)

Dalam melakukan pemberdayaan, akan sangat sulit menjaga momentum terutama pada saat tahap-tahap implementasi. Apabila pada tahap implementasi mengalami kegagalan, maka dapat berarti akhir dari proses pemberdayaan. Oleh karena itu, untuk memastikan proses pemberdayaan masyarakat terus ada, perlu untuk menciptakan dan mempromosikan kesuksesan yang telah dicapai untuk menyakinkan anggota masyarakat bahwa bukan tidak mungkin perubahan terjadi dengan upaya dan semangat yang gigih meski banyak tantangan dan hambatan (Fauziah *et al.*, 2017).

8. Mengembangkan Kapasitas Masyarakat (*Developing Community Capacity*)

Penekanan utama dari rencana strategi dan rencana kerja adalah menekankan pada pengembangan kapasitas untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam proses pemberdayaan, pengembangan kapasitas harus dikelola oleh anggota masyarakat itu sendiri dan bukan dari organisasi luar dalam melakukan sesuatu untuk masyarakat (Fauziah *et al.*, 2017).

9. Menyesuaikan Rencana Strategi (*Adapting Strategy Plan*)

Langkah selanjutnya dalam proses pemberdayaan adalah adaptasi atau menyesuaikan rencana strategi. Untuk program pembangunan yang tidak sesuai dengan rencana strategi, dianggap tidak memenuhi maksud dan tujuan program pemberdayaan. Oleh karena itu, penting bagi masyarakat untuk memastikan dan mengkaji tujuan dan strategi secara berkala, dan melakukan perubahan jika diperlukan pada tahap perencanaan. Proses peninjauan rencana program termasuk melihat tingkat partisipasi diantara anggota masyarakat, menilai pencapaian dan mengubah rencana strategi untuk memastikan bahwa pembangunan telah mencapai tujuan dan visi yang ditetapkan pada tahap awal (Fauziah *et al.*, 2017).

10. Pembangunan Berkelanjutan (*Development Towards Sustainability*)

Untuk menjamin keberhasilan pada proses pemberdayaan, pembangunan harus mengarah pada keberlanjutan. Proses pengembangan masyarakat tidak berakhir hanya dengan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat untuk meningkatkan taraf hidupnya. keberlanjutan dapat dicapai dengan banyak cara, yakni dengan meningkatkan kapasitas kepemimpinan masyarakat, memungkinkan kemitraan antar organisasi, menunjuk anggota baru untuk terlibat dalam proses, membuat program perbaikan diri, dan melestarikan lingkungan ekologi, ekonomi dan sosial masyarakat. Proses pemberdayaan diukur tidak hanya berdasarkan hasil atau produk, melainkan diukur oleh komunitas itu sendiri (Fauziah *et al.*, 2017).

BAB VII

BENTUK INTERVENSI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA KASUS/KEJADIAN HIPERTENSI

Berdasarkan kegiatan Pengalaman Belajar I (PBL I) yang telah dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Angkatan 2018 kelompok 14, yang terdiri dari beberapa kegiatan meliputi kegiatan observasi terhadap kondisi masyarakat, Musyawarah Tingkat Komunitas I dan II (MTK I dan MTK II) serta *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan dengan masyarakat desa Pemurus RT 003A, aparat desa, tokoh masyarakat, perwakilan warga disetiap RT, ketua RT, dan bidan desa. Dari kegiatan-kegiatan tersebut tim PBL memaparkan permasalahan-permasalahan yang ada di desa Pemurus RT 003A kepada masyarakat desa Pemurus RT 003A. Setelah memaparkan beberapa usulan masalah akhirnya kami tim PBL dan masyarakat sepakat untuk memilih penyakit Hipertensi sebagai prioritas masalah yang harus ditangani di Desa Pemurus RT 003 A.

Berikut beberapa gambar dari kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan pada Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I):

- a. Kegiatan Observasi Terhadap Kondisi Masyarakat



Gambar 25 Pendataan Rumah Warga



Gambar 26 Observasi kondisi masyarakat



Gambar 27 Observasi kondisi masyarakat



Gambar 28 Observasi kondisi masyarakat

b. Musyawarah Tingkat Komunitas I (MTK I)



Gambar 29 Kegiatan MTK I



Gambar 30 Kegiatan MTK I



Gambar 31 Kegiatan MTK I



Gambar 32 Foto Bersama Masyarakat

c. *Focus Group Discussion (FGD)*



Gambar 33 Kegiatan FGD



Gambar 34 Kegiatan FGD



Gambar 35 Foto Bersama Masyarakat

d. Musyawarah Tingkat Komunitas I (MTK II)



Gambar 36 Kegiatan FGD



Gambar 37 Kegiatan FGD



Gambar 38 Foto Bersama Masyarakat

Berdasarkan kesepakatan tim PBL dan masyarakat disepakati penyakit Hipertensi merupakan prioritas masalah yang harus ditangani di Desa Pemurus RT 003 A. Hipertensi menjadi salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius saat ini dan diberi julukan *the silent killer*. Penyakit hipertensi merupakan penyakit kelainan jantung yang ditandai oleh meningkatnya tekanan darah dalam tubuh. Seseorang yang terkena penyakit ini biasanya berpotensi mengalami penyakit-

penyakit lain seperti stroke dan penyakit jantung. Tidak ada tanda-tanda pasti yang bisa dijadikan pegangan untuk mengetahui kemunculannya. Ia datang dengan cara tiba-tiba dan tak terduga. Itulah sebabnya mengapa sampai saat ini tidak sedikit orang bersikap acuh dengan keberadaan hipertensi (Hakim and Tazkiah, 2019).

Menurut catatan Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) tahun 2011, satu milyar orang di dunia menderita Hipertensi. Dua pertiga diantaranya berada di Negara berkembang yang berpenghasilan rendah-sedang. Hipertensi telah mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara, yang sepertiga populasinya menderita hipertensi (Hakim and Tazkiah, 2019).

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit-penyakit kardiovaskuler yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia (Hakim and Tazkiah, 2019). Penyakit Hipertensi telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara yang ada di dunia. Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,5 milyar kasus di tahun 2025 (Jannah *et al.*, 2016). Data penelitian Departemen Kesehatan RI menunjukkan Hipertensi dan bahkan cenderung meningkat seiring dengan gaya hidup yang jauh dari perilaku hidup bersih dan sehat, mahalnya biaya pengobatan Hipertensi, disertai kurangnya sarana dan prasarana penanggulangan hipertensi (Hakim and Tazkiah, 2019).

Kalimantan Selatan tercatat sebagai daerah dengan penderita Hipertensi tertinggi nasional ditahun 2016. Sebagai akibat pola makan tidak seimbang, kini Kalimantan Selatan tercatat sebagai daerah dengan jumlah penderita Hipertensi atau darah tinggi tertinggi nasional (Hakim and Tazkiah, 2019). Berdasarkan data Puskesmas Aluh-Aluh tahun 2019, angka kejadian penyakit hipertensi menduduki peringkat ketiga setelah penyakit ISPA dan gastritis dengan total 1334 kasus dari 8424 kasus.

Berdasarkan hasil analisis faktor risiko yang telah dilakukan pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) dari 30 sampel didapatkan bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan masyarakat di Desa Pemurus RT. 003A terkena Hipertensi salah satunya adalah aktifitas fisik dikarenakan profesi warga yang sebagian besar petani yang hanya bekerja saat musim tanam dan panen saja, serta dari 30 sampel tersebut terdapat 15 orang perempuan yang profesinya ibu rumah tangga yang juga bekerja sebagai petani saat musim tanam dan panen.

Adapun berdasarkan hasil diagnosa komunitas yang telah dilaksanakan pada 50 sampel Kepala Keluarga dengan total 197 orang warga di desa Pemurus RT. 003A terdapat 8 orang yang terkena hipertensi dan memeriksanya ke tenaga kesehatan dari 20 kasus penyakit tidak menular yang di diagnosa oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil dari kegiatan observasi terhadap kondisi masyarakat, Musyawarah Tingkat Komunitas I dan II (MTK I dan MTK II) serta *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan dengan masyarakat desa Pemurus RT 003A dan aparat desa pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I), maka perlu dilakukan suatu alternatif pemecahan masalah untuk menangani permasalahan Hipertensi di Desa Pemurus RT. 003A. Penentuan alternatif atau prioritas pemecahan masalah ini ditentukan dengan menggunakan metode MCUA atau *multiple criteria utility assessment*. Alternatif pemecahan masalah yang telah di programkan pada saat Pengalaman Belajar Lapangan I (PBL I) antara lain adalah penyuluhan terkait penyakit hipertensi dan pengadaan senam rutin yang kemudian dilaksanakan pada kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II).

Pelaksanaan kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II) berlangsung selama 3 bulan yaitu pada bulan Oktober-Desember 2020. Namun karena terhalang pandemi Covid-19 kegiatan PBL II tidak bisa dilaksanakan secara langsung, sehingga kegiatan dilaksanakan secara daring atau *online* di rumah masing-masing. Pada kegiatan PBL II ini dilaksanakan suatu pemberdayaan masyarakat untuk memecahkan permasalahan penyakit Hipertensi

yang ada di Desa pemurus RT 003 A. Pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat ini memiliki tujuan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit Hipertensi dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta dapat mencegah timbulnya atau kambuhnya penyakit Hipertensi, khususnya pada masyarakat kelompok umur kategori dewasa yang ada di Desa Pemurus RT.003A. Bentuk pemberdayaan masyarakat yang dilakukan pada PBL II antara lain sebagai berikut.

A. Penyuluhan Terkait Penyakit Hipertensi

Berdasarkan KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) penyuluh berawal dari kata “suluh” yang artinya barang yang dipakai untuk media penerangan atau obor. Sedangkan penyuluh merupakan seseorang yang ditugaskan untuk memberikan penerangan atau penunjuk jalan. Sehingga arti dari kata penyuluhan adalah suatu proses yang dilakukan oleh seorang penyuluh untuk memberikan sebuah atau beberapa informasi kepada orang lain dari semula yang tidak tahu menjadi tahu dan yang tahu menjadi lebih tahu.

Ada beberapa pengertian penyuluhan menurut para ahli. Menurut Ban (1990) menyatakan bahwa penyuluhan merupakan suatu intervensi sosial yang melibatkan penggunaan komunikasi informasi secara sadar untuk membantu masyarakat membentuk pendapat mereka sendiri dan mengambil keputusan dengan baik. Adapun pengertian penyuluhan menurut Margono Slamet (2000) yang menegaskan bahwa inti dari kegiatan penyuluhan ialah untuk memberdayakan masyarakat. Memberdayakan disini berarti memberi daya kepada yang tidak berdaya dan mengembangkan daya yang sudah dimiliki menjadi sesuatu yang lebih bermanfaat bagi masyarakat yang bersangkutan. Menurut Slamet dalam Mardikanto tahun 1993 menyatakan bahwa tujuan yang sebenarnya dari penyuluhan ini ialah terjadinya suatu perubahan perilaku sasarannya. Hal ini merupakan suatu perwujudan dari pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dapat diamati secara langsung maupu tidak langsung dengan

indera manusia. Dengan demikian penyuluhan dapat diartikan sebagai proses perubahan perilaku di kalangan masyarakat agar mereka tahu, mau, dan mampu melaksanakan perubahan-perubahan demi tercapainya peningkatan produksi, pendapatan/keuntungan dan perbaikan kesejahteraan keluarga dan masyarakat yang ingin dicapai (Febrianti, 2020).

Berdasarkan informasi yang diperoleh terkait permasalahan masyarakat seperti yang telah diuraikan sebelumnya, maka perlu diberikan suatu solusi untuk permasalahan tersebut. Prioritas masalah yang ada apa pada masyarakat Desa Pemurus RT. 003A adalah penyakit Hipertensi. Untuk menyelesaikan permasalahan tersebut, solusi yang ditawarkan adalah berupa penyuluhan tentang upaya pencegahan penyakit Hipertensi guna meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit Hipertensi dan dapat meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat Desa Pemurus RT. 003A. Dalam pelaksanaan kegiatan penyuluhan ini terbagi menjadi beberapa tahapan antara lain sebagai berikut.

1. Perencanaan dan Persiapan

Perencanaan berasal dari kata rencana yaitu pengambilan keputusan tentang apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan. Rencana memberikan arah sasaran bagi organisasi dan mencerminkan prosedur terbaik untuk mencapai sasaran tersebut. Pada hakikatnya perencanaan adalah suatu rangkaian proses kegiatan menyiapkan keputusan mengenai apa yang diharapkan terjadi (peristiwa, keadaan, suasana, dan sebagainya) dan apa yang akan dilakukan (intensifikasi, eksistensifikasi, revisi, renovasi, substitusi, kreasi dan sebagainya). Perencanaan bermakna sangat kompleks. Perencanaan didefinisikan dalam berbagai macam ragam tergantung dari sudut pandang mana melihat, serta latar belakang apa yang mempengaruhi orang tersebut dalam merumuskan definisi (Marlina, 2017).

Fungsi perencanaan sering kali dinamakan sebagai fungsi utama dari kegiatan manajemen, karena dalam perencanaan seluruh rangkaian aktivitas yang akan

dilakukan, mengapa dilakukan, kapan, di mana dan bagaimana melakukannya disusun. Robbins dan Coulter menjelaskan bahwa paling tidak ada empat fungsi dari perencanaan, yaitu perencanaan berfungsi sebagai arahan, perencanaan meminimalkan dampak dari perubahan, perencanaan meminimalkan pemborosan dan kesia-siaan, serta perencanaan menetapkan standar dalam pengawasan kualitas (Marlina, 2017).

Pada tahap kegiatan ini, pihak yang terlibat dalam penyuluhan ini antara lain masyarakat Desa Pemurus RT 003 A. Jumlah masyarakat yang terlibat dalam kegiatan ini sebanyak 10 orang, 10 orang tersebut merupakan remaja yang berada di Desa Pemurus RT. 003 A. Para remaja tersebut diminta untuk membantu orang tuanya dalam kegiatan yang akan dilaksanakan. Pada tahap perencanaan ini tim menentukan sasaran program serta sarana dan prasarana yang akan digunakan saat pelaksanaan program. Selain itu, dilakukan juga diskusi tim dalam penetapan alur kegiatan, desain kegiatan, penyusunan jadwal kegiatan. Tim juga melakukan pengorganisasian dengan pembagian tugas masing-masing seperti pembuatan media booklet, dan video penjelasan tentang hipertensi serta pembuatan kuesioner pre dan post test yang akan dibantu oleh dosen pembimbing agar media dan kuesioner dapat dimengerti oleh masyarakat. Adapun masyarakat Desa Pemurus RT. 003 A juga diberikan informasi mengenai Covid-19 sebagai bentuk keprihatinan pada masa pandemic Covid-19 untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat agar dapat menjaga Kesehatan dan terhindar dari penyakit Covid-19.

Selanjutnya, tim membuat *WhatsApp Group* sebagai fasilitas pelaksanaan kegiatan PBL 2. Kemudian tim akan menghubungi masyarakat yang telah didata pada kegiatan PBL 1, kemudian mengundang mereka ke dalam *WhatsApp Group* yang telah dibuat. Tak hanya itu, kami juga mengundang pembimbing untuk memantau kegiatan yang dilakukan oleh tim PBL 2.

2. Pelaksanaan dan Proses

Pelaksanaan adalah suatu kegiatan dalam proses merealisasikan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga tujuan dapat tercapai dengan memperhatikan kesesuaian, kepentingan dan kemampuan suatu kelompok sasaran. Dengan demikian, pelaksanaan sebagai suatu kegiatan untuk merealisasikan tujuan terhadap sebuah sasaran sehingga suatu pelaksanaan akan mengarah kepada usaha yang sesuai dengan kepentingan masyarakat (Wiratno, 2019).

Adapun kegiatan pelaksanaan intervensi di Desa Pemurus RT.003A yang kami lakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Pelaksanaan Intervensi di Desa Pemurus RT. 003A

| No | Kegiatan | Terlaksana | Tidak Terlaksanan |
|----|---|------------|-------------------|
| 1 | Perencanaan Kegiatan | | |
| 2 | Permohonan Izin Pembuatan Grup | | |
| 3 | Penyampaian Kegiatan Dan Perkenalan Kepada Ketua RT.003A Serta Kepada Masyarakat Desa Pemurus | | |
| 4 | Pemberian <i>Pre-Test</i> (Google Form) | | |
| 5 | Intervensi Mengenai Hipertensi (Pemberian Booklet, Video Penjelasan Hipertensi) | | |
| 6 | Intervensi Mengenai Covid-19 (Pemberian Booklet) | | |
| 7 | Pemberian <i>Post-Test</i> (Google Form) | | |
| 8 | Konsultasi Laporan | | |

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| 9 | Pengumpulan Laporan Akhir | | |
|---|---------------------------|--|--|

Tim PBL 2 melaksanakan kegiatan ini secara daring menggunakan WhatsApp Group yang terdiri dari 10 anggota masyarakat, 4 mahasiswa, dan 1 pembimbing. Kegiatan ini dimulai dengan koordinasi dengan RT setempat, koordinasi dilakukan melalui aplikasi WhatsApp. Tim mahasiswa melakukan perkenalan, kemudian menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan. Setelah tim mahasiswa berkoordinasi dengan RT setempat, tim melakukan perkenalan diri kepada masyarakat. Jumlah masyarakat yang bersedia ikut berpartisipasi dalam kegiatan ini sebanyak 10 orang masyarakat Desa Pemurus RT. 003 A. Selanjutnya tim mahasiswa membahas tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan. Selanjutnya tim akan membagikan link G-form yang berisikan data diri dan soal pre test kepada kelompok sasaran yang bertujuan untuk mengetahui pengetahuan dari masing-masing peserta sebelum diberikan materi penyuluhan mengenai hipertensi.

Kegiatan selanjutnya adalah pemberian materi hipertensi melalui booklet yang berbentuk softfile dan memandu peserta untuk menonton video mengenai penjelasan penyakit Hipertensi yang sudah terupload di youtube. Setelah para peserta menonton dan membaca materi yang telah diberikan, kemudian tim PBL 2 memandu jalannya diskusi melalui WhatsApp Group. Diskusi dilakukan dengan waktu yang fleksibel dimana para peserta bisa menanyakan terkait hipertensi kepada para tim mahasiswa melalui WhatsApp Group dan Personal Chat. Kemudian para peserta kembali diminta untuk mengisi link G-form berupa kuesioner post test untuk mengetahui perbedaan pengetahuan para peserta sebelum dan setelah diberikan materi hipertensi.

Mengingat saat intervensi ini dilakukan terdapat pandemi yang sedang terjadi, maka ditambahkan materi mengenai Covid-19 dengan tujuan agar masyarakat lebih memahami terkait kondisi pandemi yang terjadi serta cara pencegahan penyakit Covid-19. Materi tentang Covid -19 dibagikan melalui booklet yang berbentuk softfile.

B. Senam Rutin

Senam merupakan kegiatan fisik yang dilakukan sebagai cabang olahraga tertentu ataupun selaku latihan untuk cabang olahraga lainnya. Berbeda dengan cabang olahraga lain pada umumnya yang mengukur aktifitas pada obyek tertentu, senam mengacu pada bentuk gerak yang dikerjakan dengan kombinasi terpadu dan menjelma dari tiap bagian anggota badan dari komponen-komponen kemampuan motorik seperti; kekuatan, kecepatan, keseimbangan, kelentukan agility dan ketepatan. Dengan koordinasi yang tepat dengan tata urutan gerak yang selaras akan tercipta rangkaian gerak artistik yang menarik. Menurut Mahmudi dalam Jonni (2003) kata senam berasal dari kata Yunani gym yang berarti telanjang, pesenam disebut dengan gymnast, dan tempat untuk berlatih senam disebut gymnasium. Kemudian menurut Kusuma dalam Jonni (2003) senam ialah olahraga yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan sendi dan keindahan tubuh, sehingga olahraga senam ini banyak diminati oleh khalayak. Sehingga senam merupakan suatu aktivitas yang muncul ketika si pelakunya berusaha keras untuk menguji kemampuan gerak tubuhnya dalam hubungan dengan kekuatan dan tingkat yang dipilih secara sengaja (Darsi, 2018).

Senam hipertensi merupakan olah raga yang salah satunya bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen ke dalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. Senam hipertensi mampu mendorong jantung bekerja secara optimal, dimana olahraga mampu meningkatkan kebutuhan energi oleh sel, jaringan organ tubuh, dimana akibatnya dapat meningkatkan aliran balik

vena sehingga menyebabkan volume sekuncup yang akan langsung meningkatkan curah jantung sehingga menyebabkan tekanan darah arteri meningkat, setelah tekanan darah arteri meningkat akan terlebih dahulu, dampak dari fase ini mampu menurunkan aktivitas pernafasan dan otot rangka yang menyebabkan aktivitas saraf simpatis menurun, setelah itu akan menyebabkan kecepatan denyut jantung menurun, volume sekuncup menurun, vasodilatasi arteriol vena, karena penurunan ini mengakibatkan penurunan curah jantung dan penurunan resistensi perifer total, sehingga terjadinya penurunan tekanan darah (Totok and Fahrur, 2017).

Dengan melakukan kegiatan senam secara rutin dapat menjadi salah satu cara untuk meningkatkan aktivitas fisik masyarakat yang akan dilaksanakan rutin setiap minggu atau 4 kali dalam 1 bulan dengan peserta dari masyarakat Desa Pemurus RT. 003A khususnya kelompok umur kategori dewasa, dan senam tersebut juga dapat diikuti oleh semua masyarakat dari berbagai kelompok umur yang ada di Desa Pemurus RT. 003A yang ingin ikut serta dan meramaikan senam rutin tersebut. Namun, pada saat dilaksanakannya Pengalaman Belajar Lapangan II (PBL II) terdapat pandemi Covid-19 yang mengakibatkan mahasiswa hanya dapat melakukan kegiatan ini secara daring untuk menjaga kesehatan dan keselamatan mahasiswa dan masyarakat Desa Pemurus RT 003A. sehingga pelaksanaan senam rutin hanya dapat dilaksanakan dimasing-masing rumah masyarakat Desa Pemurus RT. 003A.

Dalam pelaksanaan senam rutin secara daring ini, pertama-tama Tim melakukan perencanaan dan persiapan dengan pengorganisasian pembagian tugas masing-masing anggota yaitu pembuatan video senam Hipertensi yang mana senam tersebut dipandu langsung oleh mahasiswa PSKM FK Universitas Lambung Mangkurat kelompok 14 secara bergiliran dan di upload ke dalam channel youtube salah satu anggota kelompok 14. Dalam pelaksanaan senam rutin Hipertensi ini, Tim membagikan link video senam Hipertensi tersebut dan memandu atau mengajak peserta melalui WhatsApp Group

ataupun personal chat untuk menonton serta mengikuti gerakan senam Hipertensi pada video yang sudah terupload di youtube. Dengan adanya video senam tersebut di Youtube masyarakat Desa Pemurus RT.003A dapat mengakses dan menonton video senam tersebut setiap minggu untuk melaksanakan senam rutin. Untuk saat ini jumlah yang menonton video senam sebanyak 11 orang dengan jumlah yang menyukai sebanyak 2 orang. Dengan adanya video panduan senam Hipertensi ini diharapkan dapat meningkatkan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat Desa Pemurus RT. 003A khususnya masyarakat kelompok umur kategori dewasa yang menderita penyakit Hipertensi.

BAB VIII

MONITORING DAN EVALUASI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA KEJADIAN HIPERTENSI

A. Monitoring dan Evaluasi

1. Monitoring

Monitoring adalah pemantauan yang dapat dijelaskan sebagai kesadaran (*awareness*) tentang apa yang ingin diketahui, pemantauan berkadar tingkat tinggi dilakukan agar dapat membuat pengukuran melalui waktu yang menunjukkan pergerakan kearah tujuan atau menjauh dari itu. Monitoring adalah aktifitas yang ditujukan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari suatu kebijakan yang sedang dilaksanakan. Monitoring dapat didefinisikan sebagai suatu proses mengukur, mencatat, mengumpulkan, memproses dan mengkomunikasikan informasi untuk membantu pengambilan keputusan manajemen proyek (Wiratno, 2019).

Kegiatan monitoring yang dilakukan Tim PBL bertujuan untuk memantau perkembangan kegiatan penyuluhan yang dilakukan melalui grup whatsapp. Monitoring dilakukan setiap hari untuk melihat partisipasi masyarakat dan dalam kegiatan penyuluhan mengenai hipertensi dan pencegahan hipertensi serta Covid-19, kemudian bertujuan juga untuk memantau perkembangan kegiatan penyuluhan yang dilakukan kepada masyarakat Desa Pemurus RT 003 A melalui grup whatsapp. Hasil dari monitoring ini didapatkan bahwa masyarakat sangat pasif dalam kegiatan yang dilakukan oleh tim mahasiswa.

2. Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program / program untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program/program. Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan. Evaluasi baru dapat dilakukan kalau suatu kebijakan sudah berjalan pada waktu

yang cukup. Evaluasi tidak hanya dapat mengidentifikasi hasil-hasil program, tetapi juga dapat menyediakan informasi mengenai kapan, mengapa, dan bagaimana implementasi program meleset dari rencana semula dan kemudian menyajikan rekomendasi untuk mengatasi masalah itu (Ramadhani, 2019).

Berdasarkan kegiatan intervensi yang kami lakukan di Desa Pemurus RT 003 A, maka evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah sebagai berikut:

a) Evaluasi Input

Input dalam pelaksanaan kegiatan intervensi ini adalah sebagai berikut :

- 1) Tersedianya sarana dan prasarana dalam pelaksanaan kegiatan intervensi. Sarana yang digunakan dalam pembuatan materi yaitu komputer atau laptop untuk menyiapkan materi sedangkan prasarana yang kami gunakan untuk penyuluhan adalah aplikasi whatsapp.
- 2) Tersedianya informasi yang akurat dan terpercaya untuk masyarakat, yang didukung oleh Mahasiswa dari Program Studi Kesehatan Masyarakat dalam memberikan materi pada kegiatan penyuluhan.
- 3) Adanya partisipasi masyarakat yang ada didalam grup whatsapp. Jumlah masyarakat yang ikut berpartisipasi dari awal kegiatan sampai selesai sebanyak 10 orang.

b) Evaluasi Proses

Pengukuran evaluasi proses diarahkan pada seberapa jauh kegiatan yang dilaksanakan di dalam program sudah terlaksana sesuai dengan rencana. Evaluasi proses dilakukan pada saat kegiatan berlangsung. Hasil dari pelaksanaan intervensi kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh mahasiswa Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat berupa penyuluhan di grup whatsapp, adapun jumlah warga yang berpartisipasi di grup sebanyak 10 orang. Pada saat penyuluhan, peserta

kebanyakan pasif selama proses kegiatan. Sehingga Tim PBL selalu menghubungi secara personal agar peserta bersedia menyaksikan video penjelasan dan melakukan senam sesuai dengan link yang telah dibagikan Tim PBL kepada peserta. Link yang diberikan merupakan link Youtube. Untuk saat ini jumlah yang menonton video penjelasan tentang hipertensi sebanyak 20 kali dengan jumlah yang menyukai sebanyak 3 orang sedangkan untuk jumlah yang menonton video senam sebanyak 11 orang dengan jumlah yang menyukai sebanyak 2 orang. Seluruh Tim mencoba untuk berperan aktif selama proses penyuluhan sehingga dapat mempermudah jalannya acara penyuluhan mengenai hipertensi dan Covid-19.

Evaluasi jangka pendek dilakukan dari kegiatan intervensi adalah dengan pemberian kuesioner melalui pre dan post test. Menurut teori yang dikemukakan oleh Hamzah B. Uno (2007:129) dalam penelitian Donuata tahun 2019 yang menyatakan bahwa soal-soal kuis melibatkan taraf berpikir pada tingkat pengetahuan dan pemahaman. Hal ini dilakukan dengan dasar pertimbangan bahwa soal tes tersebut digunakan untuk menguji pengetahuan yang dilakukan sebanyak dua kali yaitu pada awal dan akhir pembelajaran. Dengan jumlah soal yang tidak banyak dan dalam selang waktu antara tes awal dan akhir yang terpaut tidak terlalu lama (± 100 menit) (Donuata, 2019).

Kegiatan intervensi yang dilakukan tidak lepas dari beberapa kendala, yaitu diperlukan waktu yang cukup lama dalam pengisian kuesioner oleh warga Desa Pemurus RT 003 A dikarenakan beberapa peserta sedang sibuk dan beberapa tidak memberikan respon sama sekali sehingga perlu dihubungi berulang-ulang yang menyebabkan lambatnya pengisian kuesioner pre dan post test.

c) Evaluasi Output

Evaluasi terhadap output (summative evaluation, impact evaluation) dilaksanakan setelah pekerjaan selesai dilaksanakan untuk mengetahui output, efek atau dampak program apakah sudah sesuai dengan target yang ditetapkan sebelumnya. Output dari kegiatan intervensi penyuluhan yang dilakukan adalah meningkatnya pengetahuan untuk menangani permasalahan hipertensi dan Covid-19. Pada hasil evaluasi terhadap output, saatpre-post test pengetahuan terkait penyakit hipertensi pada masyarakat desa Pemurus RT.003A terdapat peningkatan nilai dan juga terdapat nilai yang tetap dari hasil pre test dengan hasil post test. Dari 15 peserta, sebanyak 13 peserta yang mengalami peningkatan sedangkan 2 peserta lainnya memiliki nilai yang tetap. Dari ke 15 peserta tersebut juga didapatkan hasil rerata pre test yaitu 54,16 sedangkan rerata post test 67,33. Dan berdasarkan hasil pengujian yang dilakukan dengan uji Paired T Test, didapatkan hasil nilai Sig (0,001) < 0,05 yaitu Ho ditolak yang artinya ada perbedaan antara pengetahuan responden di Desa Pemurus Rt. 003A pada saat pengisian kuesioner sebelum dan sesudah penyuluhan. Hal ini dapat terjadi karenapada saat penyuluhan, tim memberikan materi yang mudah dimengerti oleh responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H. (2018) 'Determinan Epidemiologis Kejadian Hipertensi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Jatisawit', *Hibualamo: Seri Ilmu-ilmu Alam dan Kesehatan*, 2(2), pp. 41-47.
- Akbar, H. and Tumiwa, F. F. (2020) 'Edukasi Upaya Pencegahan Hipertensi pada Masyarakat di Kecamatan Passi Barat Kabupaten Bolaang Mongondow', *JPKMI (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Indonesia)*, 1(3), pp. 154-160.
- Aminuddin M, Inkasari T, N. D. (2019) 'Gambaran Gaya Hidup Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah RT 17 Kelurahan Baqa Samarinda Seberang.', *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan (Publikasi Artikel Science dan Art Kesehatan, Bermutu, Unggul, Manfaat dan Inovatif)*, 2(1), pp. 48 - 59.
- Angelia, N. et al. (2020) 'Analysis of Community Institution Empowerment as a Village Government Partner in the Participative Development Process', *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, 3(2), pp. 1352-1359.
- Aprilia, C. A., Asiyanto, M. C., & Hadiwardjo, Y. H. (2020). Peningkatan pengetahuan dan keterampilan pengukuran tekanan darah pada pasien hipertensi bagi kader kesehatan di Puskesmas Sawangan Depok, *INTEGRITAS: Jurnal Pengabdian*, 4(2), pp. 190-198.

- Aryasih, I. et al. (2019) 'Pendampingan Upaya Promotif Dan Preventif Dalam Upaya Penanggulangan Faktor Risiko Kejadian Diare Di Kecamatan Selemadeg Timur Kabupaten Tabanan', *Jurnal Pengabmas Masyarakat Sehat (JPMS)*, 1(4), pp. 231-237.
- Aryzki, S. et al. (2018) 'Evaluasi rasionalitas pengobatan hipertensi di Puskesmas Pelambuan Banjarmasin tahun 2017', *Jurnal Ilmiah Manuntung*; Vol 4 No 2 (2018): *Jurnal Ilmiah Manuntung*. Available at: https://jurnal.akfarsam.ac.id/index.php/jim_akfarsam/article/view/191.
- Ayu, M. (2019) 'Penyuluhan dengan disiplin sosial masyarakat dalam penanggulangan sampah', *Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 13(1), pp. 37-43.
- Baso, F., Berek, P. A. L. and Riwoerohi, E. D. F. (2019) 'Gambaran Gaya Hidup Penderita Hipertensi Di Puskesmas Atambua Selatan', *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 1(02), pp. 51-60. doi: 10.32938/jsk.v1i02.252.
- Bernabe-Ortiz, A. et al. (2020) 'Effect of salt substitution on community-wide blood pressure and hypertension incidence', *Nature Medicine*. Springer US, 26(3), pp. 374-378. doi: 10.1038/s41591-020-0754-2.
- Cislaghi, B. and Heise, L. (2019) 'Using social norms theory for health promotion in low-income countries', *Health Promotion International*, 34(3), pp. 616-623. doi: 10.1093/heapro/day017.
- Darsi, H. (2018) 'Pengaruh Senam Aerobic Low Impact Terhadap Peningkatan V02max', *Jurnal Pendidikan Jasmani Dan Olahraga*, 1(2), pp. 42-51.

- Dedeh, M. and Nainggolan, R. R. E. (2019) *Pemberdayaan Masyarakat*. Sleman: Deepublish Publisher.
- Direktorat P2PTM. (2019) *Hari Hipertensi Dunia 2019 : "Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK"* ., Kemenkes RI.
- Donuata, P. (2019) 'Efektivitas pemberian pre test dan post test dalam meningkatkan prestasi belajar fisika siswa', *Chemur*, 2(1).
- Fauziah, A. et al. (2017) 'Applying Empowerment Approach In Community Development', *Jurnal Universiti Tun Hussein Onn Malaysia, Johor, Malaysia*, (November), pp. 503-509. Available at: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/icss/article/view/2359>.
- Febrianti, R. (2020) *Penyuluhan Sosial: Membaca Konteks Dan Memberdayakan Masyarakat*. Bandung: Lekkass.
- Feriandi, Y. (2020) 'Bunga Rampai Artikel Penyakit Virus Korona (COVID-19) Editor : Titik Respati', *Kopidpedia*, pp. 203-215.
- Fleming, M.-L. and Baldwin, L. (2020) *Health Promotion in the 21st Century: New approaches to achieving health for all*. Routledge.
- Hakim, L. and Tazkiah, M. (2019) 'Gambaran karakteristik penderita hipertensi di puskesmas Pemurus Baru Banjarmasin', *Kenedes Midwifery Journal*, 1(3), pp. 34-39.

- Hakim L, T. M. (2019) 'Gambaran karakteristik penderita hipertensi di Puskesmas Pemurus Baru Banjarmasin.', *Kenedes Midwifery J*, 1(3), pp. 4-9.
- Hariani and Ramlah (2019) 'Pelaksanaan program penanggulangan diare di Puskesmas Matakali', *Jurnal kesehatan Masyarakat*, 5(1), pp. 34-46.
- Hubley, J., Copeman, J. and Woodall, J. (2021) *Practical health promotion*. John Wiley & Sons.
- Jannah, M. et al. (2016) 'Analisis Faktor Penyebab Kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa Kecamatan Tamalate Makassar', *Pena: Jurnal Kreativitas Ilmiah Mahasiswa Unismuh*, 3(1), pp. 409-417.
- Jongen, C. S., McCalman, J. and Bainbridge, R. G. (2017) 'The implementation and evaluation of health promotion services and programs to improve cultural competency: A systematic scoping review', *Frontiers in Public Health*, 5(FEB). doi: 10.3389/fpubh.2017.00024.
- Kertapati, Y. (2019) 'Tugas Kesehatan Keluarga dan Tingkat Kemandirian Keluarga di Wilayah Pesisir Kota Surabaya', *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 14(1).
- Kumar, S. and Preetha, G. (2012) 'Health promotion: an effective tool for global health', *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. Medknow Publications & Media Pvt Ltd, 37(1), pp. 5-12. doi: 10.4103/0970-0218.94009.

- Kusuma Rahayu Sudarsono, E. et al. (2017) 'Peningkatan Pengetahuan tentang Hipertensi Guna Perbaikan Tekanan Darah pada Anak Muda', *Peningkatan Pengetahuan tentang Hipertensi Guna Perbaikan Tekanan Darah pada Anak Muda*, 3(1), pp. 26-38.
- Kusumawaty, J., Hidayat, N. and Ginanjar, E. (2016) 'Hubungan Jenis Kelamin dengan Intensitas Hipertensi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lakbok Kabupaten Ciamis', *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 16(2), pp. 46-51.
- Laverack, G. (2017) 'The Challenge of the "Art and Science" of Health Promotion', *Challenges*, 8(2), p. 22. doi: 10.3390/challe8020022.
- Marlina, L. (2017) 'Perencanaan Pembelajaran Pendidikan Anak Usia Dini', *Raudhatul Athfal: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 1(2).
- Melvani, R. P., Zulkifli, H. and Faizal, M. (2019) 'Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare Balita di Kelurahan Karya Jaya Kota Palembang', *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 4(1), pp. 57-68.
- Mujahidin, E. and Kurniasih, I. (2019) 'Penanggulangan sampah dengan pendekatan sosial di Kelurahan Kedung Halang Bogor', *Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 13(2).
- Muljono, P. (2011) 'The model of family empowerment program for community development in West Java, Indonesia', *Journal of Agricultural Extension and Rural Development*, 3(11), pp. 193-201.
- Ottawa charter for health promotion (1986). doi: 10.1093/heapro/1.4.405.

- Purnomo, A. H. et al. (2020) 'Model Digital Needs Assessment Program of Community Empowerment', *International Journal of Control and Automation*, 13(4), pp. 401-411.
- Ramadhani, Y. (2019) 'Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Pada Kantor Dinas Pendidikan Kabupaten Soppeng', *J Ilm Sist Inf dan Tek Inform "JISTI"*, 2(2), pp. 42-51.
- Reitz, S. M. (2013) 'Health promotion theories', Willard and Spackman's *Occupational Therapy: Twelfth Edition*, pp. 574-587.
- Restuastuti, T. et al. (2017) 'Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan', *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), pp. 14-19.
- Riskesdas. (2017) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017.*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Riskesdas (2018) *Hasil Utama Riskesdas 2018.*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Riyantina, S., Hartini, T. N. S. and Setiyobroto, I. (2017) 'Gambaran Epidemiologi Hipertensi di Puskesmas Gamping I', *Jurnal Nutrisia*, 19(1), pp. 43-50. doi: 10.29238/jnutri.v19i1.46.
- Santoso, A. H., Sari, T. and Shirly Gunawan (2020) 'Pemetaan profil antropometri, dan biokimia darah sebagai upaya preventif terhadap penyakit tidak menular di Kelurahan Tomang Jakarta Barat', *Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia*, 3(1), pp. 1-9.

- Sapriya, S. et al. (2021) 'Community Empowerment Model to Develop Civic Virtue Towards Communal Health as an Effort to Tackle the Spread of Pandemic (A study on School Program "Siaga Covid" at SMAN 7 Bandung)', 524(Icce 2020), pp. 223-227. doi: 10.2991/assehr.k.210204.034.
- Sari, Y., Sumarwati, M. and Sutrisna, E. (2018) 'Pemberdayaan Kader Posyandu Lansia Untuk Pencegahan Hipertensi dan Komplikasinya di Purwokerto', *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 3(1), pp. 27-34. doi: 10.30653/002.201831.49.
- ST, R. (2019) 'Faktor-Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Primer Pada Usia 20-55 Tahun Di Poliklinik Penyakit Dalam Rsud 45 Kuningan', *Rabit : Jurnal Teknologi dan Sistem Informasi Univrab*, 1(1), p. 2019.
- Taylor, J. et al. (2020) *Promoting health: the primary health care approach*. Elsevier.
- Thompson, S. R., Watson, M. C. and Tilford, S. (2018) 'The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion', *International Journal of Health Promotion and Education*. Routledge, 56(2), pp. 73-84. doi: 10.1080/14635240.2017.1415765.
- Totok, H. and Fahrur, N. R. (2017) 'Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Di Panti Werda Darma Bhakti Kelurahan Panjang Surakarta', *Jurnal Kesehatan*, 10(1), pp. 26-31.
- Wahyudi, D. T. (2019) 'sikap dan perceived threat terhadap perilaku pencegahan hipertensi', *Journal of Borneo Holistic Health*, 2(1).

Wiratno (2019) 'Pelaksanaan Dana Desa di Desa Bentangan Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten', *Jurnal Insitusi Politeknik Ganesha Medan*, 2(1), pp. 23-116.

World Health Organization (2021) hypertension, World Health Organization.

Yonata, A., & Pratama, A. satria putra. (2016) 'Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke.', *Majority*, 5(3), pp. 17-21.

TENTANG PENULIS



Hadrianti H.D Lasari, SKM., MPH lahir di Sinjai, 28 April 1989. Lulus S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin dan Lulus S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada. Aktif sebagai tenaga pengajar sejak tahun 2015 dan saat ini sebagai tenaga pengajar di Universitas Lambung Mangkurat. Pernah menerima penghargaan sebagai Peserta Dosen

Magang Kemenristekdikti 2017 Penempatan Universitas Airlangga Salah satu penulis dari 10 penulis wanita.



Siti Warda lahir di Sungai Nyamuk, 15 November 1999. Pada tahun 2018 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM), memilih peminatan Kesehatan Lingkungan sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati hingga sekarang. Selama menjadi seorang

mahasiswa PSKM FK ULM, ia pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi *Information, Communication and Technologies* di Himpunan Mahasiswa PSKM FK ULM serta pernah menjadi Anggota Kelompok Studi Islam (KSI) Asy-Syifa FK ULM.



Amalda Hidayanti lahir di Hulu Sungai Utara, 09 Juli 2000. Pada tahun 2018 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Kesehatan dan

Keselamatan Kerja (K3) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati.



Erlin Okta Rizkia lahir di Muara Lahei, 18 Oktober 2000. Pada tahun 2018 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM), memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi Pengembangan Sumber Daya Mahasiswa dan Organisasi (PSDMO) HIMA KESMAS FK ULM 2019-2020 serta pernah menjadi Bendahara 1 HIMA KESMAS FK ULM periode 2020-2021.



Noorliana lahir di Amuntai, 27 November 1999. Pada tahun 2018 memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM), memilih peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang diminati. Selain sebagai seorang mahasiswi PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi Anggota Divisi Kemuslimahan KSI Asy - Syifa FK ULM 2018 - 2020 dan pernah menjadi anggota Divisi Pengabdian Masyarakat ISMKMI KALSELTENGBAR periode 2019 - 2020.