

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

PROMOSI KESEHATAN

DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:
Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif



PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

**Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000,00 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:

Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Judul Buku:

PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:

Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif

Desain Sampul & Tata Letak:

Ni'am Widiyoko

ISBN: 978-623-264-693-3

E-ISBN: 978-623-264-692-6 (PDF)

Pracetak dan Produksi:

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Penerbit:**Syiah Kuala University Press**

Jl. Tgk Chik Pante Kulu No.1 Kopelma Darussalam 23111,
Kec. Syiah Kuala. Banda Aceh, Aceh
Telp: 0651 - 8012221

Email:

upt.percetakan@unsyiah.ac.id
unsyiahpress@unsyiah.ac.id

Website:

<http://www.unsyiahpress.unsyiah.ac.id>

Cetakan Pertama, 2022

Digital, 2022

XXVIII + 386 (15 X 23)

Anggota IKAPI 018/DIA/2014

Anggota APPTI 005.101.1.09.2019

Dilarang keras memfotokopi atau memperbanyak sebagian atau seluruh
buku ini tanpa seizin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR TABEL.....	xxi
KATA PENGANTAR.....	xxiii
PROLOG.....	xxv
DESKRIPSI TIM EDITOR.....	xxvii

BAB 1 PERKEMBANGAN TEORI PROMOSI KESEHATAN.....1

TEORI *POSTCOLONIAL* DAN APLIKASINYA DALAM KOMUNIKASI KESEHATAN3

1. Pendahuluan.....	4
2. <i>Sub-altern</i>	5
3. <i>Orientalism</i>	7
4. <i>Othering</i>	10
5. <i>Counter-Discourse</i>	12
6. Kritik terhadap Teori <i>Postcolonial</i>	15
7. Pengembangan Aplikasi Teori <i>Postcolonial</i>	16
8. Kesimpulan.....	16

DAFTAR PUSTAKA.....17

DESKRIPSI PENULIS.....21

PROMOSI KESEHATAN SEBAGAI PARADIGMA PEMBANGUNAN KESEHATAN DI ABAD 21.....23

1. Pendahuluan: Kesehatan masyarakat dan Promosi kesehatan.....	24
2. Tonggak Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	25
2.1. <i>Health Protection (antiquity – 1830s)</i>	26
2.2. <i>Miasma Control (1840s – 1870s)</i>	26
2.3. <i>Contagion Control (1880s – 1930s)</i>	27
2.4. <i>Preventive Medicine (1940s – 1960s)</i>	27
2.5. <i>Primary Health Care (1970s – 1980s)</i>	28
2.6. <i>Health Promotion (1990s – Present)</i>	28
2.7. Warisan dan Inovasi dalam Promosi Kesehatan.....	29
3. Konsep Promosi Kesehatan.....	31
3.1. Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan.....	31
3.2. Saran Tindakan Promosi Kesehatan.....	32
3.2.1. Membangun Kebijakan Publik yang Berwawasan Kesehatan.....	32
3.2.2. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung.....	33
3.2.3. Memperkuat Tindakan Masyarakat.....	33

3.2.4	Mengembangkan Keterampilan Pribadi.....	34
3.2.5	Menata Ulang Orientasi Layanan Kesehatan	34
3.3	<i>Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy</i> <i>5-9 April 1988</i>	35
3.3.1	Jiwa Alma-Ata	35
3.3.2	Area Aksi.....	35
3.4	<i>Sundsvall Statement on Supportive Environments for</i> <i>Health 9-15 June 1991</i>	36
3.4.1	Dimensi Aksi tentang Lingkungan Suportif untuk Kesehatan.....	36
3.4.2	Bisa Dilakukan: Memperkuat Tindakan Sosial.....	37
3.5	<i>Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into</i> <i>the 21st Century 21-25 July 1997</i>	38
3.5.1	Determinan kesehatan: Tantangan baru.....	39
3.5.2	Prioritas promosi kesehatan di Abad 21	40
4.	Promosi Kesehatan sebagai Paradigma Pembangunan Kesehatan di Abad 21	40
4.1	Sinkronisasi Konsep SEHAT dari WHO dengan Konsep Pembangunan Berkelanjutan.....	41
4.2	Landasan Historis dan Teoritis Perencanaan Kota dan Kesehatan Masyarakat	44
4.3	Konsep Pembangunan oleh Komisi Brundtland: <i>Our common future</i>	46
4.3.1	Tujuan SDGs secara Ringkas.....	46
4.3.2	Sinkronisasi Konsep Promosi Kesehatan dan SDGs	47
5.	Konsep Promosi Kesehatan	49
5.1	Promosi Kesehatan adalah <i>Context Driven</i>	49
5.2	Promosi Kesehatan Mengintegrasikan Tiga Dimensi dalam Definisi Sehat WHO	50
5.3	Promosi Kesehatan Menopang Semua Tanggung Jawab Pemerintah dalam Mempromosikan Kesehatan	50
5.4	Promosi Kesehatan Memperjuangkan <i>Good Health</i> sebagai Kepentingan Publik (<i>Public Good</i>).....	50
5.5	Partisipasi sebagai Asas Inti dalam Mempromosikan Kesehatan	50
6.	Tantangan dan Perubahan Konteks sebagai Paradigma Pembangunan Kesehatan.....	51
6.1	Perubahan Beban Kesehatan dan Faktor Penentu Kesehatan yang Kompleks	51

6.2	Ketidakadilan dan Kesehatan	52
6.3	Revolusi Komunikasi.....	53
6.4	Ketidakadilan dan Kesehatan Meningkatnya dan Meluasnya Demokratisasi di Negara-Negara di Seluruh Dunia	53
6.5	Globalisasi.....	54
6.6	Ancaman Perang dan Teorisme	54
7.	Penutup.....	55
DAFTAR PUSTAKA		57
DESKRIPSI PENULIS.....		59

MEDIA PROMOSI KESEHATAN ERA DIGITAL: KONSEP DAN BEST PRACTICES		61
1.	Pendahuluan: Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan	62
2.	Terminologi / Konsep.....	62
2.1	Promosi Kesehatan.....	62
2.2	Media Promosi Kesehatan	63
2.3	Digital	63
2.4	MHealth.....	63
2.5	Kelebihan dan Kelemahan Media Promosi Kesehatan Era Digital.....	64
3.	<i>Best Practices</i>	64
DAFTAR PUSTAKA		68
DESKRIPSI PENULIS.....		71

PROMOSI KESEHATAN DALAM KONTEKS ILMU KEPERAWATAN		73
1.	Praktik Keperawatan Profesional dan Promosi Kesehatan.....	74
2.	Metaparadigma Keperawatan	74
3.	Konsep Manusia, Lingkungan, Kesehatan dan Keperawatan.....	75
3.1	Konsep Manusia	76
3.2	Konsep Lingkungan	77
3.3	Konsep Kesehatan.....	78
3.4	Konsep Keperawatan.....	79
4.	Mengintegrasikan Konsep Promosi Kesehatan Ke dalam Praktik Keperawatan	80
4.1	Model Promosi Kesehatan Pender	81
4.2	Model Sistem Adaptasi Roy	83
5.	Proses Keperawatan dan Promosi Kesehatan.....	85
5.1	Pengkajian	85
5.2	Diagnosa.....	85
5.3	Perencanaan.....	86

5.4 Implementasi	86
5.5 Evaluasi	87
6. Proses Keperawatan dan Promosi Kesehatan	87
6.1 Individu	87
6.2 Keluarga	88
6.3 Masyarakat	88
7. Penutup	89
DAFTAR PUSTAKA	89
DESKRIPSI PENULIS	90

TEORI KRITIS TINDAKAN KOMUNIKATIF HABERNAS DALAM PENELITIAN PROMOSI KESEHATAN	93
1. Teori Kritis Tindakan Komunikatif	94
2. Landasan Teori Kritis Aksi Tindakan Habermas	94
2.1 Konteks Dialog Kritis dan Reflektif	94
2.1.1 Prinsip Emansipatoris	95
2.1.2 Prinsip Rasionalisasi	95
2.1.3 Kritik Habermas terhadap Sistem Kesehatan	97
3. Teori Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Partisipatif	97
3.1 Teori Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Promosi Kesehatan	99
3.1.1 Pemberdayaan Masyarakat dan Emansipasi	100
3.1.2 Mengidentifikasi Bentuk Ketimpangan dalam Status Kesehatan	101
3.1.3 Menganalisis Determinan Kesehatan	101
3.1.4 Mendorong Partisipasi Masyarakat	101
3.1.5 Mendorong Upaya Pemberdayaan Masyarakat	102
3.1.6 Kemitraan dan Kerjasama antar Sektor	103
3.1.7 Intervensi Sosial melalui Proses Pemberdayaan	104
4. Aplikasi Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Promosi Kesehatan: Penggunaan Internet untuk Pencegahan HIV	104
4.1 Intervensi Sosial melalui Proses Pemberdayaan	105
4.2 Internet sebagai Saluran Upaya Pencegahan HIV	105
4.3 Langkah-Langkah Penelitian	106
4.4 Hasil Penelitian dan Refleksi	107
4.5 HIV dalam Konteks Dunia System (<i>System World</i>)	107
4.6 HIV dalam Konteks Dunia Realitas LSL (<i>Life World</i>)	108
4.7 Kelemahan Tindakan Komunikatif dan PAR	110
4.8 Kesimpulan dan Penutup	110
DAFTAR PUSTAKA	112
DESKRIPSI PENULIS	115

BAB 2 METODE DAN KAJIAN PROMOSI KESEHATAN 117

DINAMIKA KOMUNIKASI PROTOKOL KESEHATAN COVID-19:

STUDI KASUS ACEH BESAR 119

1. Komunikasi Kesehatan dalam Isu COVID-19120
2. COVID-19 dan Permasalahannya.....121
 - 2.1 Perkembangan Kasus COVID-19 di Indonesia.....121
 - 2.2 Sosialisasi Protokol Kesehatan COVID-19 dengan Pendekatan “atas-bawah” Pemerintah kepada Masyarakat.....123
3. Peran Dinas Kesehatan Aceh Besar dalam Sosialisasi Bahaya COVID-19124
 - 3.1 Struktur dan Demografi Masyarakat Aceh Besar124
 - 3.2 Strategi Dinas Kesehatan Aceh Besar dalam Pengamatan dan wawancara127
4. Respon Masyarakat Aceh Besar Tentang COVID-19.....130
 - 4.1 Hambatan Sosial Budaya dan Agama130
 - 4.2 Kisah Sukses Promkes dan Pelibatan Peran Tokoh Masyarakat.....132
 - 4.3 Tantangan dan Peluang Promkes COVID-19 di Kabupaten Aceh Besar.....133

DAFTAR PUSTAKA135

DESKRIPSI PENULIS.....137

KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM KEDOKTERAN GIGI.....139

1. Komunikasi Efektif.....140
2. Komunikasi Interpersonal.....142
 - 2.1 Strategi Komunikasi Interpersonal143
 - 2.2 Dampak Komunikasi Interpersonal146
3. Komunikasi antara Dokter Gigi dan Pasien.....147
4. Hambatan dalam Komunikasi Interpersonal Dokter Gigi dan Pasien147
5. Indikator Kepercayaan untuk Menguji Kemampuan Komunikasi Interpersonal Interpersonal di Kedokteran Gigi.....149

DAFTAR PUSTAKA150

DESKRIPSI PENULIS.....151

PENGABAIAAN PESAN PROMOSI KESEHATAN TERKAIT

PENCEGAHAN PENULARAN COVID-19 DI INDONESIA:

APA YANG SALAH?.....153

1. COVID-19 di Indonesia154
2. Kebijakan Penanganan COVID-19 di Indonesia155

3. Tinjauan Hukum atas Kebijakan Penanganan COVID-19.....	156
4. Analisis Perilaku Pengabaian Anjuran Penanganan dan Pencegahan COVID-19.....	163
5. Kesimpulan.....	166
DAFTAR PUSTAKA.....	167
DESKRIPSI PENULIS.....	170

FEMINIST-PARTISIPASI, AKSI DAN RISET (FPAR) DALAM UPAYA PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN HIV PADA IBU RUMAH TANGGA.....173

1. Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	174
1.1 Platform (Landasan) untuk Aksi Promosi Kesehatan.....	175
1.2 Nilai-Nilai Dasar dalam Promosi Kesehatan	183
1.3 Asas Keadilan dan Kesehatan dalam Kesehatan	183
1.4 Kemitraan dan Kerjasama antar Bidang	183
1.5 Kesehatan sebagai Tanggung Jawab Bersama (<i>Health as a Collective Responsibility</i>)	184
1.6 Pembangunan Kesehatan sebagai Proses Demokrasi.....	185
2. PAR: Partisipasi, Aksi dan Riset.....	185
2.1 Apa itu PAR?	185
2.2 Penelitian yang Memusatkan pada Partisipasi Kolektif.....	186
2.3 Bagaimana Implementasi PAR?	187
3. <i>Feminist Participatory Action Research: The 'F' in PAR</i>	188
4. Contoh Penggunaan FPAR di Penelitian Promosi Kesehatan	196
5. <i>Feminist Participatory Action Research: The 'F' in PAR</i>	204

DAFTAR PUSTAKA.....	205
DESKRIPSI PENULIS.....	209

BERSATU UNTUK SEHAT: PROMOSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS..... 211

1. Konsep Komunitas	213
1.1 Kelompok sosial	213
1.2 Komunitas	214
1.2.1 Pengertian Komunitas.....	214
1.2.2 Komunitas sebagai Modal Sosial.....	215
2. Psikologi Komunitas	217
2.1 Prinsip-Prinsip Psikologi Komunitas.....	217
2.2 Perubahan Sosial.....	218
3. Intervensi Komunitas.....	220
3.1 Asesmen	220

3.1.1	Pengertian dan Fungsi Asesmen	220
3.1.2	Jenis-Jenis Asesmen	220
3.1.3	Metode Asesmen	221
3.2	Dasar-Dasar Intervensi	223
3.2.1	Pengertian dan Prinsip Intervensi	223
3.2.2	Prevensi dan Promosi	224
4.	Perencanaan Promosi	225
4.1	<i>Goal Setting</i>	225
4.2	<i>Participate Design</i>	226
4.2.1	Kemitraan	226
4.2.2	Partisipasi Komunitas	227
4.3	Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan	227
5.	Strategi Promosi	230
5.1	Informasional	230
5.1.1	Psikoedukasi	231
5.1.2	Pelatihan	231
5.2	Institusional	233
6.	Evaluasi Program	236
6.1	Monitoring	236
6.2	Evaluasi	237
6.3	Penerapan Kebijakan Sekolah	239
7.	Contoh Implementasi	240
7.1	Pendampingan Pembentukan Komunitas Remaja Sehat	240
7.2	Penyusunan rencana program	241
8.	Asesmen	242
9.	Intervensi	243
10.	Kelemahan Program	243
11.	Kesimpulan	244
	DAFTAR PUSTAKA	244
	DESKRIPSI PENULIS	246

PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH (REVITALISASI PROGRAM KESEHATAN SEKOLAH MENUJU SEKOLAH BERWAWASAN KESEHATAN)	249
1. Perkembangan Promosi Kesehatan Sekolah di Indonesia	250
2. Konsep Sekolah Berwawasan Kesehatan (<i>Health Promoting School/HPS</i>)	253
3. Tantangan Sekolah Menuju Sekolah Berwawasan Kesehatan	257
3.1 Pelibatan Staf Kesehatan dan Pendidikan, Guru, Orangtua, Tokoh Masyarakat dalam Upaya Promosi Kesehatan di Sekolah	257

3.2	Penjaminan Lingkungan yang Sehat dan Aman, baik Fisik maupun Psikososial	259
3.3	Penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan Berbasis Keterampilan Hidup yang Efektif	260
3.4	Penyediaan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan	261
3.5	Penerapan Kebijakan Sekolah	262
3.6	Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat secara Menyeluruh	262
4.	Penutup	263
DAFTAR PUSTAKA		264
DESKRIPSI PENULIS		266

BAB 3 PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI ASPEK269

KOMUNIKASI PARENTAL YANG POSITIF SEBAGAI BENTUK PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUAL PADA ANAK USIA DINI		271
1.	Jenis <i>Sex Education</i> dan Efektivitasnya	274
2.	Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksual pada Anak Usia Dini	275
3.	Konsep Promosi Kesehatan	277
3.1	Komunikasi Positif	278
3.2	Komunikasi Parental	279
DAFTAR PUSTAKA		282
DESKRIPSI PENULIS		284

PERAN PUSTAKAWAN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS BERDASAR BUKTI TERKINI (EVIDENCE BASED MEDICINE)		285
1.	Pustakawan dalam Perspektif Promosi Kesehatan	286
2.	Literasi Informasi dalam Promosi Kesehatan	287
3.	Promosi Kesehatan yang Mencerdaskan Masyarakat	289
4.	Pustakawan dalam Promosi Kesehatan	292
DAFTAR PUSTAKA		293
DESKRIPSI PENULIS		293

WISATA SEHAT KEBANGKITAN PARIWISATA PASCA PANDEMI COVID-19: PERSPEKTIF PROMOSI KESEHATAN295

1.	Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	296
1.1	Agent dan cara penularannya	296
1.2	Bagaimana Pengobatan dan Pencegahan COVID-19?	297
1.3	Siapa Orang yang Rentan dan Berisiko?	298

2. COVID-19 dan Pariwisata	299
2.1 Dampak COVID-19 terhadap Pariwisata	299
2.2 Memprediksi Perilaku Wisatawan dan Optimisme Pelaku Pariwisata Pasca-pandemi COVID-19	301
2.2.1 Teori Psikologi	301
2.2.2 Teori Sosial	302
2.3 Harapan Sektor Pariwisata Pasca Pandemi COVID-19	303
2.4 Standar Upaya Kesehatan Pariwisata	304
2.5 Pendekatan Promosi Kesehatan dan Peran Promotor Kesehatan untuk Kebangkitan Pariwisata	306
DAFTAR PUSTAKA	308
DESKRIPSI PENULIS	312

BUDAYA MERARIK PENAMBAH KUSUT ISU KESEHATAN IBU DAN ANAK DI NTB

315

1. Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	316
2. Kesiapan Menikah	319
3. Penduduk NTB serta Status Kesehatan Ibu dan Anak	321
4. Status Kesehatan Ibu dan Anak di NTB	322
5. Upaya-Upaya yang dilakukan NTB untuk Mengurai Benang Kusut Budaya Merarik	325
6. Tantangan dan Rekomendasi Promosi-Prevensi Merarik	327
7. Kesimpulan	330

DAFTAR PUSTAKA	331
DESKRIPSI PENULIS	334

PERSPEKTIF MASYARAKAT PINGGIRAN DAN RISIKO TERKAIT PERNIKAHAN DI USIA DINI

335

1. Terminologi Terkait Pernikahan Dini	336
1.1 Anak	336
1.2 Remaja	336
1.3 Pernikahan	337
1.4 Pernikahan Anak	337
1.5 Pernikahan yang Dipaksakan	338
1.6 Gender	338
2. Gambaran Kejadian Pernikahan Dini	338
2.1 Gambaran Global	338
2.2 Gambaran Nasional	339
2.3 Gambaran Lokal	340
3. Hak Asasi Manusia dan Hak-Hak Kesehatan Reproduksi	341
4. Perspektif Masyarakat Pinggiran Tentang Pernikahan Dini	342

4.1	Sosioekonomi.....	343
4.2	Pengetahuan.....	344
4.3	Program Kesehatan Reproduksi Remaja.....	345
4.3.1	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	345
4.3.2	Program GenRe (Generasi Berencana) melalui Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK KRR).....	346
4.3.3	Adaptasi Program DAKU! di Indonesia berdasarkan Program WSWM di Uganda.....	347
4.4	Pengaruh Lingkungan	349
4.5	Peraturan	350
4.6	Tata Nilai, Norma, Tradisi dan Budaya.....	350
5.	Dampak Pernikahan Dini.....	352
5.1	Fisik dan Kesehatan.....	352
5.2	Mental/Psikologis	352
5.3	Sosial dan Ekonomi	353
6.	Langkah Praktis dalam Pencegahan Pernikahan Dini	353
6.1	Penguatan Hukum dan Kebijakan Perlindungan Hak Anak Perempuan.....	353
6.2	Memastikan Pelayanan Pendidikan dan Kesehatan yang Berkualitas	354
6.3	Mengatasi Kemiskinan	355
6.4	Perubahan Pola Pikir Masyarakat terkait Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR), Kesetaraan Gender dan Partisipasi Kaum Muda	355
7.	Kesimpulan.....	358
DAFTAR PUSTAKA		359
DESKRIPSI PENULIS.....		363
 PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT: IMPLEMENTASI RUMAH BEBAS ASAP ROKOK DAN POLA MEROKOK MASYARAKAT		365
1.	Pengembangan Rumah tanpa Asap Rokok	366
2.	Implementasi Program Rumah tanpa Asap Rokok	369
3.	Pola Merokok Masyarakat.....	370
4.	Dampak Penerapan Program RBAS terhadap Pola Merokok Masyarakat.....	371
5.	Kesimpulan.....	375
DAFTAR PUSTAKA		375
DESKRIPSI PENULIS.....		377

FAKTOR DETERMINAN DALAM PROMOSI KESEHATAN	
UNTUK PENCEGAHAN <i>STUNTING</i> DI JAWA BARAT	379
1. Pendahuluan	380
2. Sikap masyarakat untuk berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	381
3. Norma subjektif atau dukungan sosial dalam berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	381
4. Persepsi kontrol perilaku dalam berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	382
5. Kesimpulan	383
DAFTAR PUSTAKA	383
DESKRIPSI PENULIS	385

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Public Health Outcomes Support Sustainable Development	43
Gambar 2. Metaparadigma Keperawatan Sumber: Nursology, 2018	76
Gambar 3. Model Promosi Kesehatan Pender Sumber: NurseLab, 2018.....	83
Gambar 4. Model Sistem Adaptasi Roy Sumber: Nursology, 2018	84
Gambar 5. Tangga Partisipasi Arstein (Arstein, 1969)	102
Gambar 6. Process of the research (Lubis, 2018)	107
Gambar 7. Beberapa ide dalam kampanye penggunaan kondom	108
Gambar 8. Ide salah satu kelompok terhadap upaya pencegahan HIV berbasis-internet (Lubis, 2018).....	110
Gambar 9. Peta Kabupaten Aceh Besar Sumber: https://petatematikindo.wordpress.com/2013/04/21/administrasi-kabupaten-aceh-besar/	126
Gambar 10. Peta Penyebaran Kasus COVID-19 di Kabupaten Aceh Besar	126
Gambar 11. Ilustrasi Komunikasi Dokter gigi dan Pasien Sumber: Pribadi	141
Gambar 12. Bentuk Komunikasi Dokter gigi dan Pasien.....	142
Gambar 13. Strategi komunikasi berbasis CLASS untuk dokter gigi Sumber: https://www.nature.com/articles/4800251	143
Gambar 14. Metode Surety Sumber: https://pressbooks.library.ryerson.ca/communicationnursing/chapter/non-verbal-communication/	146
Gambar 15. Irisan Elemen Partisipasi, Aksi dan Riset Sumber: adaptasi dari (Lawson et al., 2015)	186
Gambar 16. Proses Partisipasi, Aksi dan Riset dengan proses yang berulang-ulang Sumber: (McIntyre, 2008)	187
Gambar 17. Sembilan Landasan Prinsip-Prinsip FPAR Sumber: (Asian Pacific Forum on Women, 2020).....	191
Gambar 18. Interseksionalitas Sumber: (Amineh and Asl, 2015)	193

Gambar 19. Proses FPAR 1 Sumber: (Widjaja and Matitaputty, 2018)	196
Gambar 20. Kolase oleh Ibu positif HIV: Kompleksitas Penularan HIV pada ibu rumah tangga Sumber: (Najmah, Davies and Andajani, 2020)	200
Gambar 21. Partisipasi dan Aksi: Branstorming inti pesan untuk lagu, memodifikasi lirik, dan menyanyikan lagu dengan menggunakan media wayang Sumber: Najmah, 2019.....	202
Gambar 22. Contoh poster terkait Promosi HIV pada di dua rumah sakit di Palembang, Sumatera Selatan Sumber: data primer (Najmah, 2019).....	204
Gambar 23. Komunitas sepeda sebagai sarana promosi kesehatan.....	213
Gambar 24. FGD sebagai salah satu metode utama asesmen komunitas.....	221
Gambar 25. Pelatihan terhadap komunitas	232
Gambar 26. Pembentukan Komunitas Remaja Sehat Ujung Krawang	241
Gambar 27. Kegiatan Futsal Komunitas Remaja Sehat	241
Gambar 28. Segitiga Hijau beserta 8 Goal UKS.....	251
Gambar 29. Program Bersih Pantai oleh siswa, guru, karyawan serta Kepala Sekolah Sumber: dokumen penulis.....	252
Gambar 30. Ruang UKS sebagai implementasi salah satu indikator Trias UKS Sumber: dokumen penulis.....	252
Gambar 31. Bentuk kerjasama dengan sektor industri dalam penyediaan prasarana sekolah Sumber: dokumen penulis	259
Gambar 32. Kegiatan Trias ke-2 UKS oleh petugas Puskesmas dan kader sekolah Sumber : dokumen penulis	261
Gambar 33. Tesis “ Modul PIJAR untuk meningkatkan skill komunikasi orang tua dalam menyampaikan materi kesehatan reproduksi” Sumber: Burrahmah (2018).....	281
Gambar 34. Variabel Promosi Kesehatan.....	288
Gambar 35. Flyer Promosi Kesehatan Dapat Dipertanggungjawabkan Kebenarannya Sumber : Health Promoting University UGM (2020)	291

Gambar 36. Rata-rata usia pernikahan pertama perempuan usia diatas 10 tahun di Provinsi NTB tahun 2009 – 2017. Sumber: BPS Provinsi NTB, 2018 dalam DinKes Prov. NTB, 2019.....318

Gambar 37. Persentase angka melek huruf Provinsi NTB 2014 – 2018. Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2019.....321

Gambar 38. Jumlah kematian ibu di Provinsi NTB tahun 2014 – 2018.....323

Gambar 39. Sebaran Data Perempuan Usia 20-24 tahun yang Menikah Sebelum Usia 18 Tahun.....341

Gambar 40. WHO Framework for Scaling Up Sumber: (Pozo et al., 2015)357

Gambar 41. Tahapan Pengembangan RUTAR.....368

Gambar 42. Indikator Program RUTAR369

Gambar 43. Hasil observasi indikator program RUTAR370

Gambar 44. Pola Merokok Masyarakat setelah penerapan Program RUTAR.....371

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Berbagai Konsep dalam Teori Postcolonial	5
Tabel 2. Ringkasan Studi Efektivitas Penggunaan Media Promosi Kesehatan Berbasis Digital	67
Tabel 3. Rangkuman Kegiatan Penyuluhan COVID-19 Dinas Kesehatan Aceh Besar	127
Tabel 4. Jenis Komunikasi Yang Terjadi Dalam Merawat Pasien Gigi	142
Tabel 5. Variabel dalam kepercayaan pasien saat ingin melakukan perawatan gigi	149
Tabel 6. Peraturan Terkait Penanganan COVID-19	157
Tabel 7. Perjalanan Konferensi Promosi Kesehatan Global 1986-2016	177
Tabel 8. Strategi Promosi Kesehatan Komunitas dan Contohnya	228
Tabel 9. Elemen dan Indikator Health Promoting School.....	254
Tabel 10. Kurikulum Materi Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Anak Usia 5-8 Tahun.....	275
Tabel 11. Angka Prevalensi Pernikahan Dini di Negara-Negara ASEAN	340
Tabel 12. Gambaran Teknis Kegiatan Remaja dalam Program GenRe	347
Tabel 13. Hasil Uji Bivariat antara Pelaksanaan Program RUTAR dan Pola Merokok Masyarakat.....	372

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah, kita panjatkan puji syukur kehadirat Allah Yang Maha Kuasa, Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang tanpa henti mengucurkan rahmat bagi kita dan sekalian alam.

Salah satu indikator kualitas kesehatan individu dan masyarakat, baik fisik dan mental, sangat bergantung pada keberhasilan promosi kesehatan serta strategi komunikasi kesehatan yang efektif. Promosi kesehatan yang menekankan pada upaya pencegahan perilaku berisiko adalah sama pentingnya dengan upaya yang berfokus pada upaya kuratif dan rehabilitatif.

Walau hasil yang tampak dari promosi kesehatan yang baik baru dapat dirasakan dalam waktu yang relatif lama, namun intervensi promosi dan preventif (pencegahan) dipandang lebih efisien secara ekonomi bila dibandingkan dengan biaya mahal yang harus dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan pasien yang sakit, maupun dampak sosial ekonomi yang harus ditanggung keluarga pasien.

Buku ini memaparkan berbagai cerita dan contoh kasus praktik dan penerapan promosi kesehatan dari beragam isu kesehatan yang terjadi di masyarakat, seperti kesehatan ibu dan anak hingga isu kesehatan terkini wabah COVID-19.

Melalui ini saya selaku Rektor Universitas Syiah Kuala menghaturkan terima kasih kepada seluruh penulis yang telah berkenan berbagi sudut pandangnya melalui buku ini. Terima kasih juga saya sampaikan kepada Tim Editor yang telah berkenan mengawal perjalanan buku ini.

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh

Darussalam, 15 Februari 2022

Prof. Dr. Ir. Samsul Rizal, M. Eng.

PROLOG

Pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promosi kesehatan (promkes) masyarakat bukan hanya melibatkan stakeholder atau pemangku kepentingan di bagian kesehatan saja akan tetapi di luar bagian kesehatan juga. Promosi kesehatan menggunakan pendekatan yang interdisipliner atau lintas sektor seperti komunikasi, media, kebijakan, budaya dan disiplin ilmu lainnya.

Buku yang diterbitkan USK Press ini mengulas “Promosi Kesehatan dalam Berbagai Perspektif” dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia khususnya. Buku ini diangkat mengingat masih banyak munculnya mis-interpretasi akan peran dan manfaat strategis promosi kesehatan khususnya dalam meningkatkan derajat kualitas kesehatan individu dan masyarakat.

Merujuk Ottawa Charter (1986), Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Penerapan promosi kesehatan tidak selalu berjalan mulus namun senantiasa berhadapan dengan berbagai macam tantangan dan hambatan baik secara proses maupun implikasi dari kegiatan komunikasi kesehatan masyarakat yang dilakukan. Namun dibalik segala kendala yang dimiliki, selalu ada peluang untuk menjalankan promkes yang efektif yang memiliki nilai signifikan dalam pembangunan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia.

Buku ini merupakan kumpulan 18 karya tulisan dari beragam penulis dengan latar belakang akademisi antar disiplin maupun praktisi kesehatan masyarakat secara khusus. Tulisan dalam buku ini merupakan hasil penelitian dan kajian literatur yang diangkat penulis untuk mendeskripsikan dan menjelaskan berbagai ruang lingkup promosi kesehatan masyarakat dari berbagai perspektif secara teoritis maupun praktis.

Karya tulis ini memaparkan berbagai contoh pendekatan promosi kesehatan secara konvensional maupun yang modern dengan pemanfaatan media digital; baik dalam isu kesehatan yang sudah sejak

lama ada, seperti kesehatan dan kematian ibu dan anak hingga isu kesehatan terbaru, seperti pandemi virus Corona (COVID-19).

Buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif dalam menelaah konsep, peran, dan promosi kesehatan masyarakat dan dapat dijadikan sumber rujukan untuk pembelajaran dari berbagai kisah sukses beberapa studi kasus yang tertuang dalam bab-bab di buku ini.

Tim Editor:

dr. Nurjannah, MPH., PhD

Rizanna Rosemary, M.Si., MHC, PhD

Dr. Said Usman, S.Pd., M.Kes

Dr. Ns. Hilman Syarif, M.Kep., Sp.Kep.MB



Bab 2

METODE DAN KAJIAN PROMOSI KESEHATAN

FEMINIST-PARTISIPASI, AKSI DAN RISET (FPAR) DALAM UPAYA PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN HIV PADA IBU RUMAH TANGGA

Sari Andajani¹, Najmah², Fenny Etrawati³

¹School of Public Health, Auckland University of Technology

²Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Sriwijaya

³Departemen Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Sriwijaya

e-mail: sari.andajani@aut.ac.nz

1. Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi

Promosi kesehatan didefinisikan sebagai proses untuk memungkinkan masyarakat dalam meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga dapat meningkatkan status kesehatan mereka (*The Bangkok Charter*). Untuk mencapai kesempurnaan kesehatan fisik, mental and sosial, individu maupun kelompok harus memiliki wadah dan kemampuan untuk menyampaikan kebutuhan, aspirasi dan untuk mengadopsi perubahan dalam lingkungan fisik, sosial dan budaya dimana mereka berada. Demikian juga dalam filosofi promosi kesehatan dan sehat bersifat positif.

Kesehatan adalah bersifat positif dan memberdayakan; kesehatan adalah sumber daya hidup sehari-hari atau "*health as a resource for everyday life*" dan bahwa pemahaman determinan kesehatan menjadi kunci penting dalam membangun kesehatan umum. Narasi determinan kesehatan mencakup keseluruhan aspek kehidupan individual, sosial, budaya, ekonomi dan politik; individual, kelompok, dan komunitas (WHO Europe, 1986). Kesehatan, dalam wacana sumber daya hidup sehari-hari, meminta kita untuk kritis dan non-diskriminatif. Kritis dan reflektif dalam memahami variasi makna kesehatan antar individual dalam masyarakat. Kritis dalam diskusi dan pemaknaan makna kesehatan yang beragam, sebagai konsep yang mungkin subjektif, mengalir (*fluid*) dan selalu berkembang. Demikianlah, upaya pembangunan kesehatan adalah tanggung jawab kita semua.

Promosi kesehatan relatif merupakan disiplin ilmu baru dengan sejarah yang sangat panjang. Kembali ke karya Bapak Kesehatan Masyarakat Modern, Henry Siegrist yang menanamkan prinsip bahwa pencegahan penyakit harus menjadi tujuan utama bagi setiap dokter atau pelayanan kesehatan. Hal ini diikuti dengan pengenalan empat bidang kesehatan masyarakat (lingkungan, aspek biologis manusia, perilaku dan organisasi pelayanan kesehatan) yang tertuang dalam *La Londe Report* (laporan La Londe) saat La Londe menjabat sebagai Menteri Kesehatan Kanada tahun 1981. Menurutnya, kesehatan penduduk bukan hanya hasil pelayanan medis kuratif namun dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dan perilaku yang memberikan kontribusi besar terhadap kesehatan penduduk (Lalonde, 1981).

Deklarasi Alma Ata tentang Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) pada tahun 1978 semakin memperkuat posisi kesehatan masyarakat sekaligus menjadi titik tolak perubahan paradigma upaya

kesehatan yang semula bersifat medis, kuratif dan episodik bergeser pada upaya kesehatan yang komprehensif, mulai dari promotif, preventif, protektif dan upaya penanggulangan risiko akibat penyakit (kuratif dan rehabilitatif) (Duarsa, 2009). Konferensi Alma Ata juga menekankan pada konsepsi kesehatan sebagai hak asasi manusia yang paling mendasar, kebutuhan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, pemerataan layanan kesehatan serta pentingnya keikutsertaan individu dan kelompok masyarakat dalam upaya perawatan kesehatan mereka (World Health Organization, 1978).

Pada akhir tahun 1984 bertempat di Copenhagen, WHO melakukan pertemuan khusus untuk revisi dan arahan dalam menjawab perdebatan global kesehatan masyarakat tentang berbagai teori dan konsep pencegahan (*prevention*), pendidikan (*education*) dan promosi (*promotion*) yang terjadi sejak deklarasi Alma Ata. Pertemuan ini menjadi sejarah lahirnya dokumen pertama pada divisi promosi kesehatan dalam Organisasi Kesehatan Dunia (Madi and Hussain, 2008). Dalam tiga dekade terakhir, setidaknya ada sembilan konferensi internasional promosi kesehatan terus mendengungkan nilai-nilai promosi kesehatan, seperti keadilan sosial (*equity*), kesetaraan (*equality*), keadilan sosial (*social justice*) dalam rancangan aksi-aksi yang tertuang pada Tabel 7.

1.1 Platform (Landasan) untuk Aksi Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah bidang kesehatan masyarakat yang berlandaskan pada nilai-nilai keadilan sosial, pemberdayaan individual, membangun masyarakat yang berkeadilan, lintas sektoral dan lintas disiplin ilmu. Dalam Konferensi International Promosi Kesehatan yang Pertama, tertuang Deklarasi Ottawa (*Ottawa Charter for Health Promotion*) yang menuangkan nilai-nilai promosi Kesehatan dalam lima prinsip/pilar (Kementerian Kesehatan RI, 2017):

1. Membangun kapasitas kesehatan individual

Masyarakat merupakan pemegang kendali terhadap kondisi kesehatannya. Melalui berbagai akses informasi, edukasi dan upaya peningkatan keterampilan diri, masyarakat diharapkan mampu menggunakan kendali (kontrol) pada dirinya untuk menentukan pilihan terhadap pemenuhan kebutuhan kesehatannya. Contoh: edukasi kepada kelompok ibu rumah tangga terkait pencegahan HIV, penyuluhan keliling anak (Pangling) terhadap COVID-19 dan edukasi kesehatan reproduksi untuk remaja.

2. Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah proses yang dinamis dalam rangka pencapaian kemandirian masyarakat dalam upaya untuk hidup sehat. Filosofi yang dipakai dalam pemberdayaan masyarakat adalah memberikan “pancing” bukan “ikan”. Hal ini akan mendorong upaya proaktif dari masyarakat. Perlu diingat bahwa dalam prosesnya sektor kesehatan perlu berkolaborasi dengan pihak lain sebab ia tidak dapat berjalan sendiri. Contoh: pemberdayaan ibu rumah tangga sebagai *agent of change* dalam pencegahan penularan HIV dan pemberdayaan perempuan di kampung 13 Ulu untuk ikut terlibat dalam penyuluhan keliling anak untuk promosi pencegahan COVID-19.

3. Membangun lingkungan fisik, sosial, budaya yang mendukung kesehatan manusia dan lingkungan adalah dua sisi yang tidak dapat dipisahkan. Perubahan gaya hidup, cara kerja/pemanfaatan teknologi dan kegiatan rekreasi memberikan dampak besar terhadap perubahan lingkungan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menstimulasi sifat peduli dan keinginan untuk menjaga lingkungan agar kondusif. Contoh: tidak memberikan stigma kepada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) dan menggunakan masker untuk menjaga kesehatan keluarga.

4. Re-orientasi pelayanan Kesehatan

Sejak didengungkannya konsep promosi kesehatan mulai dari konferensi internasional di Ottawa, paradigma pelayanan kesehatan mulai berubah dari kuratif mengarah kepada promotif dan preventif. Hal ini bukan berarti layanan kuratif dan rehabilitatif ditinggalkan sama sekali sebab jika individu sudah masuk tahapan sakit maka upaya preventif yang dikerjakan adalah pengobatan yang bertujuan untuk mencegah keparahan penyakit. Contoh: perlu adanya upaya peningkatan akses pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) dengan paradigma bahwa setiap ibu rumah tangga berisiko tertular HIV; bukan hanya pada kelompok risiko tinggi saja (seperti pekerja seks komersial).

5. Membangun kebijakan yang berpihak pada kesehatan masyarakat

Promosi kesehatan tidak hanya dilakukan pada level pelayanan kesehatan semata namun juga diimplementasikan melalui agenda di tingkat pengambil keputusan dalam berbagai sektor. Kebijakan yang berwawasan kesehatan akan berdampak besar terhadap status kesehatan masyarakat. Misal: normalisasi tes HIV pada ibu rumah tangga dengan menyediakan tes HIV pada bidan praktek swasta.

Selanjutnya strategi Ottawa Charter – atau dikenal sebagai “*Ottawa Charter Platform of Action*” kembali terulang di konferensi global promosi kesehatan, misalnya Deklarasi Jakarta untuk Kesehatan dan pembangunan masyarakat yang berkeadilan sosial (World Health Organization, 1997; Nutbeam and Kickbusch, 1998); Bangkok Charter yang memperkuat konsep-konsep pemberdayaan masyarakat (Tang, Beaglehole and Health Promotion Unit, 2005; McNab *et al.*, 2006); dan konferensi Nairobi, Kenya untuk membangun masyarakat dan pemberdayaan masyarakat (World Health Organization, 2009a, 2009b; Catford, 2010); dan Helsinki Statement (2019) yang kembali mengingatkan kita pada pengutamaan kebijakan-kebijakan yang berpihak pada kesehatan dan keadilan sosial (Van Den Broucke, 2013; World Health Organization, 2013; Tang *et al.*, 2014). Dapat dilihat pada Tabel 7.

Tabel 7 Perjalanan Konferensi Promosi Kesehatan Global 1986-2016

KONFERENSI PROMOSI KESEHATAN	DOKUMEN- DOKUMEN KUNCI	KERANGKA AKSI
1 st <i>International Health Promotion Conference</i> , Ottawa, Canada, 1986	<i>The Ottawa Charter</i>	1. Mengembangkan kebijakan publik berwawasan kesehatan 2. Menciptakan lingkungan yang mendukung 3. Memperkuat aksi/gerakan masyarakat 4. Pengembangan keterampilan perseorangan 5. Reorientasi sistem pelayanan kesehatan
2 nd <i>International Health Promotion Conference</i> , Adelaide, Australia, 1988	<i>Adelaide Recommendation</i>	1. Mengembangkan kebijakan publik berwawasan kesehatan

		2. Mendorong terwujudnya revitalisasi nilai-nilai asasi kesehatan 3. Kemerataan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan 4. Membangun akuntabilitas dalam program kesehatan 5. Meningkatkan kapasitas pelayanan 6. Kemitraan
3th <i>International Health Promotion Conference</i>, Sundsvall, Swedia, 1991	<i>Sundsvall Call for Action</i>	1. Memperkuat advokasi melalui gerakan masyarakat, khususnya melalui kelompok-kelompok yang diorganisasikan oleh kaum perempuan 2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dan individu untuk memelihara kesehatan dan lingkungannya melalui pendidikan dan pemberdayaan

		3. Membangun kemitraan untuk upaya kesehatan dan menciptakan lingkungan yang kondusif dalam rangka memperkuat jalinan antara strategi dan kampanye kesehatan dan lingkungan 4. Mediasi beragam kepentingan masyarakat untuk menjamin pemerataan akses lingkungan yang kondusif bagi kesehatan
4 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Jakarta, Indonesia, 1997	Declaration of Jakarta	1. Meningkatkan tanggung jawab sosial terhadap kesehatan 2. Meningkatkan investasi bagi pembangunan kesehatan 3. Konsolidasi dan memperluas kemitraan di bidang kesehatan 4. Meningkatkan kemampuan masyarakat an memberdayakan individu-individu 5. Memperkuat infrastruktur promosi kesehatan

5 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Meksiko, 2000	<i>Mexico Ministerial Statement</i>	1. Memposisikan promosi kesehatan sebagai landasan prioritas dalam kebijakan-kebijakan dan program-program di tingkat daerah, nasional dan internasional 2. Memimpin upaya pengembangan peran aktif dari semua sektor dan masyarakat dalam promosi kesehatan yang memperkuat dan memperluas kemitraan di bidang kesehatan 3. Mendukung penyusunan rencana tindakan promosi kesehatan di seluruh negeri
6 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Bangkok, Thailand, 2005	<i>Bangkok Charter</i>	1. Menjadikan upaya promosi kesehatan sebagai: 2. Pusat perhatian dalam agenda pembangunan global 3. Tanggung jawab utama level pemerintah 4. Fokus utama dari seluruh komunitas dan masyarakat madani

		5. Prasyarat bagi tata kelola perusahaan yang baik
7 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Nairobi, Kenya, 2009	<i>Nairobi-Kenya Call for Action</i>	1. Pemberdayaan individu dan masyarakat 2. Peningkatan kesadaran akan kesehatan dan perilaku sehat 3. Memperkuat sistem kesehatan 4. Peningkatan kemitraan dan kegiatan lintas sektor 5. Membangun kemampuan promosi kesehatan
8 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Helsinki, Finlandia , 2013	<i>Declaration of Helsinki</i>	1. Penerapan kebijakan berwawasan kesehatan sebagai kesepakatan global perlu diimplementasikan sesegera mungkin di semua negara anggota 2. Peningkatan peran pemerintah baik bidang kesehatan maupun non kesehatan 3. Menyepakati pentingnya penerapan HIAP (<i>Health in All Policies</i>)

		4. Memahami upaya penerapan HIAP
9 th <i>International Health Promotion Conference</i> , Shanghai, China, 2016	<i>Declaration of Shanghai</i>	1. Mengakui bahwa kesehatan dan kesejahteraan penting bagi pencapaian pembangunan berkelanjutan 2. Mempromosikan kesehatan melalui aksi-aksi <i>Sustainable Development Goals</i> (SDGs) 3. Membuat keputusan politik yang tegas untuk mendukung kesehatan 4. Tata kelola pemerintahan yang baik sangat penting bagi kesehatan 5. Tata kota dan komunitas adalah tatanan kunci bagi kesehatan 6. Literasi kesehatan dengan memberdayakan dan menjunjung tinggi nilai kesetaraan

Sumber: (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

1.2 Nilai-Nilai Dasar dalam Promosi Kesehatan

Dari Tabel 7, bisa kita rangkum beberapa nilai-nilai dasar promosi kesehatan dan wilayah kebijaksanaan (regulasi, peraturan atau ketetapan pemerintah) dan program.

1.3 Asas Keadilan dan Kesehatan dalam Kesehatan

Asas kesetaraan, keadilan dan pembangunan yang berkesinambungan menjadi tonggak utama segala kebijaksanaan publik dan program kesehatan, termasuk akan pentingnya keadilan gender, terutama pada kelompok marjinal. Hal ini jelas termuat dalam berbagai platform aksi konferensi global promosi kesehatan (Tabel 7) terutama dalam Sundval Platform Aksi (1991) and Deklarasi Jakarta (1997). Asas keadilan dalam kesehatan meliputi akses akan pelayanan kesehatan, informasi dan edukasi yang sesuai dengan kebutuhan individual dan kelompok. Strategi promosi kesehatan berbeda antara kelompok atau group satu dengan lainnya, sesuai dengan karakter demografis, sosial dan budaya dari group atau komunitas itu, misal promosi HIV di Sumatera Selatan akan berbeda dengan di Papua, dengan pendekatan nilai agama dominan yang berbeda, Islam dan Kristen.

Upaya untuk promosi kesehatan, perlu mempertimbangkan hak asasi manusia akan kesehatan, pelayanan yang non-diskriminatif, perlindungan kerahasiaan dan privasi pribadi (*confidentiality*), dan pelayanan yang sesuai dengan kemampuan bayar. Sebagai aksi nyata di Indonesia, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan salah satu contoh bagaimana pemerintah menghormati, melindungi, mempromosikan, dan memenuhi hak kesehatan untuk semua warga negara Indonesia melalui pelayanan kesehatan yang sesuai dan terjangkau. BPJS juga merupakan mengejawantahkan mandat dari Deklarasi Alma Ata untuk pelayanan kesehatan primer (World Health Organization, 1978). Disayangkan bahwa upaya asuransi kesehatan secara menyeluruh atau *Universal Health Insurance* ini barulah di tindaklanjuti oleh pemerintah Indonesia 30 tahun kemudian

1.4 Kemitraan dan Kerjasama antar Bidang

Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama. Determinan sosial kesehatan sering tidak dipertimbangkan sebagai faktor yang saling terkait mempengaruhi derajat kesehatan individu dan masyarakat. Misalnya masalah kesehatan mungkin berkaitan dengan polusi lingkungan. Kecelakaan lalu lintas berkaitan dengan peraturan lalu lintas yang tidak

dimengerti masyarakat dan kepatuhan menggunakan helm, yang berada di luar ranah kesehatan. Kemitraan dan kerja sama antar bidang, terutama dibahas dan menjadi panggilan untuk aksi (*Call for Action*) setidaknya di empat konferensi internasional promosi kesehatan: Deklarasi Jakarta (1997); Mexico Ministerial Statement (2000), Bangkok Charter (2005), dan Nairobi Call for Action (2009). Kerja sama lintas sektoral juga melingkupi kerja sama global.

Kemitraan antar pemerintah dan lembaga non-pemerintahan juga terlihat di bidang penanggulangan HIV/AIDS. Misalnya bagaimana pemerintah dan lembaga non-pemerintahan bekerja saling melengkapi, berdampingan dan mendukung program penanggulangan HIV/AIDS. Lembaga non-pemerintahan atau lembaga swadaya masyarakat (LSM) juga memiliki akses yang lebih cepat untuk kelompok-kelompok berisiko, yang tidak mudah untuk di akses oleh lembaga pemerintahan. Kerja sama antar bidang juga penting dalam pembangunan sumber daya manusia melalui program Pendidikan Usia Dini (PAUD) yang melibatkan Kementerian Pedesaan, Kementerian Kesehatan (Posyandu terpadu) dan Kementrian Pendidikan (Government of Republic of Indonesia, 2003; Pangastuti, 2020). Sumber daya manusia Indonesia yang berpendidikan menjadi tonggak penting dalam pembangunan bangsa dan negara. Pada tingkat global, pandemi COVID-19 yang bermula di akhir tahun 2019 menjadi contoh pentingnya kerja sama tingkat internasional, yang meliputi sistem surveilans pandemik secara global, kerja sama penelitian pengobatan, dan kebijaksanaan perjalanan lintas negara dan penutupan wilayah karantina.

1.5 Kesehatan sebagai Tanggung Jawab Bersama (*Health as a Collective Responsibility*)

Tema-tema penting determinan sosial budaya kesehatan membawa kesadaran bahwa kesehatan adalah tanggung jawab bersama, terutama termuat dalam Mexico Ministerial Statement (2005); Deklarasi Helsinki (2013) dan Deklarasi Shanghai (2016). Misalnya pandemi COVID-19 menjadi pembelajaran yang berarti, dimana solidaritas sosial dan kerja sama masyarakat penting sekali dalam mengurangi kecepatan penularan COVID-19. Cerita beberapa negara yang berhasil menghambat penularan COVID-19 di masyarakat dan memperlambat penyebaran penyakit jika adanya kerja serentak antar bidang dan pesan-pesan yang menggaungkan solidaritas dan persatuan. seperti keberhasilan penanganan COVID-19 di Selandia Baru (Forman *et al.*, 2020; Wilson, 2020).

Contoh lainnya adalah pemenuhan makanan bergizi dan ketahanan pangan. Tanggung jawab ini tidak hanya menjadi tanggung jawab dari kementerian pangan dan industri kecil menengah, namun juga pemerintah lokal, peraturan pasar dan distribusi bahan pangan pokok dan kebijaksanaan di bidang regulasi pasar. Pendidikan kelompok masyarakat, seperti Pendidikan Kesejahteraan Keluarga yang juga dapat berperan dalam meningkatkan pemahaman atau literasi masyarakat akan ketahanan pangan, makanan bergizi melalui program pendidikan masyarakat, kelompok perempuan usia subur (termasuk ibu-ibu), PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) yang terintegrasi dengan Posyandu.

1.6 Pembangunan Kesehatan sebagai Proses Demokrasi

Pesan ini terutama tertuang dalam Deklarasi Helsinki (2013) dan Deklarasi Beijing (2016) dimana kebijakan kesehatan, tatanan pemerintahan, tatanan kota, pedesaan, pemerintahan, pengambilan keputusan, menjadi tonggak penting dalam pembangunan kesehatan yang berkesinambungan dan berkelanjutan. Proses demokrasi dalam pengambilan keputusan kebijakan dan program tidaklah terlepas dari asas-asas di atas: keadilan, kesetaraan, tanggung jawab bersama, dan kemitraan. Proses demokrasi perlu secara serius melakukan upaya pembenahan guna mengangkat derajat manusia Indonesia yang berkualitas. Proses demokrasi perlu berpihak pada kelompok marjinal dan upaya-upaya proaktif untuk melibatkan mereka dalam keputusan yang melibatkan kepentingan umum.

2. PAR: Partisipasi, Aksi dan Riset

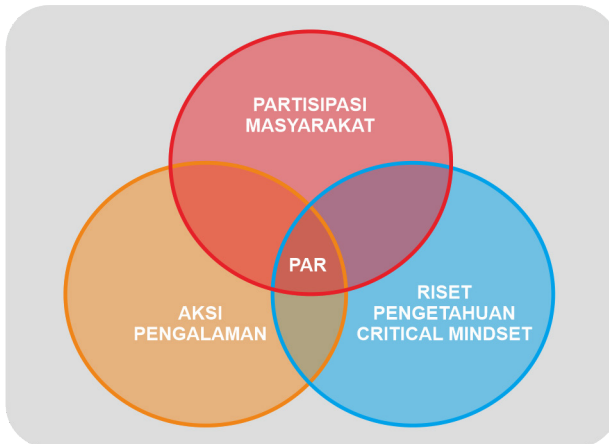
Sebagai praktisi PAR, untuk memahami fenomena yang ada, kami perlu memahami apa itu PAR dan prinsip utama dalam implementasi PAR.

2.1 Apa itu PAR?

Pada penelitian *positivism* atau kuantitatif, peneliti akan berperan besar dalam mendesain penelitian, membuat kuesioner penelitian, mengumpulkan data penelitian hingga menginterpretasikan data hasil penelitian. Pada aplikasi pendekatan PAR, kita perlu belajar dengan pendekatan berbeda dalam memahami fenomena yang ada dan mengkonstruksi pengetahuan untuk menjawab pertanyaan penelitian.

PAR menawarkan penelitian berdasarkan solusi dan aksi sosial. Hasil penelitian tidak untuk generalisasi. PAR bisa diimplementasikan pada individu, kelompok, keluarga, organisasi, komunitas dan kota/kabupaten. Metode PAR, termasuk dalam salah satu pendekatan kualitatif, yang kita

pilih tidak selalu bisa di aplikasikan pada kelompok lain, sehingga selalu perlu disesuaikan dengan konteks kelompok yang terlibat dalam PAR. Berikut penjelasan PAR atau Partisipasi, Aksi dan Riset (Gambar 15) (Lawson *et al.*, 2015)

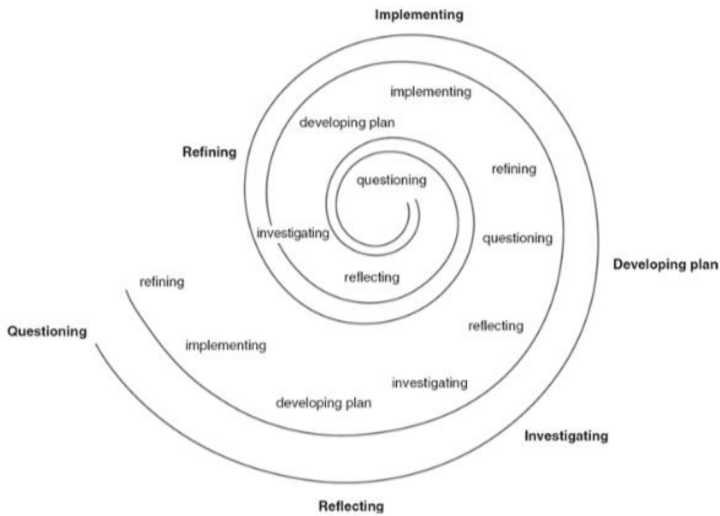


Gambar 15. Irisan Elemen Partisipasi, Aksi dan Riset
Sumber: adaptasi dari (Lawson et al., 2015)

2.2 Penelitian yang Memusatkan pada Partisipasi Kolektif

PAR, seperti halnya kegiatan kelompok, pengembangan tim, dan praktik komunitas berjejaring, yang perlu mempertimbangkan setting sosial khusus sesuai dengan norma-norma sosial dan budaya setempat. Mana norma-norma sosial, kerja sama, dan etiket sosial yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan. Partisipasi dan kerja sama antara peneliti dengan partisipan juga memperhatikan zona aman dan nyaman setiap partisipan untuk berbagi pengalamannya.

PAR adalah proses penelitian yang dinamis dan berkesinambungan, yang didasari oleh tujuan yang jelas dan siklus pertanyaan yang terstruktur. Proses PAR memungkinkan proses belajar bersama-sama, pengembangan dan konstruksi pengetahuan, proses pemecahan masalah, dan penyesuaian dalam solusi pemecahan masalah yang dilakukan secara kolektif.



Gambar 16. Proses Partisipasi, Aksi dan Riset dengan proses yang berulang-ulang

Sumber: (McIntyre, 2008)

Note: Langkah-langkah spiral PAR: bertanya (*questioning*); berefleksi (*reflecting*); investigasi, menyelidiki (*investigating*); mengembangkan rencana (*developing plan*); mengimplementasikan rencana kegiatan (*implementing research*), lalu menyaring dan memperbaiki kembali apa yang sudah dilakukan (*refining*) (Gambar 16).

Proses berulang/spiral dari PAR melibatkan beberapa langkah, mulai dari mengkritisi isu sosial, diskusi dan refleksi akar dari masalah sosial tersebut, merancang rencana aksi, implementasi aksi, evaluasi, dan modifikasi penyempurnaan aksi. Langkah-langkah ini berulang, namun tidak linier, tergantung pada persetujuan kolektif dan capaian setiap langkahnya.

2.3 Bagaimana Implementasi PAR?

Untuk memproduksi atau konstruksi pengetahuan baru, diperlukan interaksi antara pengetahuan, kesadaran bersama (*collective consciousness*), dan partisipasi aktif, baik peneliti maupun partisipan, dalam penelitian. Beberapa keterampilan yang perlu peneliti ketahui dalam mengaplikasikan penelitian dengan pendekatan PAR (McIntyre, 2008; Gaventa and Cornwall, 2011).

- a. Memahami bahwa Tidak Ada Satu Pengalaman yang Sama antar Individual

Kita perlu belajar bahwa setiap orang mempunyai pengalaman yang berbeda, mempelajari cara bagaimana partisipan bisa mengutarakan suara mereka yang mungkin termarginalisasi, dan mungkin mereka sebelumnya tidak mempunyai kesempatan yang sama dengan suasana yang nyaman dan aman untuk mengungkapkan suara mereka. Peneliti PAR perlu belajar mendengar dan mendengarkan untuk belajar dan membangun kepercayaan melalui dialog dan interaksi yang terus menerus. Sehingga, peneliti perlu menciptakan suasana dan lingkungan yang membuat partisipan bebas untuk berekspresi

- b. Partisipan adalah rekanan setara pada penelitian

Peneliti juga perlu belajar memposisikan partisipan sebagai *partner* (rekan) dalam penelitian, yang tahu banyak atau *real knower*, tentang permasalahan dan solusi yang mereka hadapi. Peneliti PAR sadar ada ketimpangan power atau kekuasaan untuk menyuarakan pendapat antara peneliti dan partisipan. Peneliti adalah bagian sebagai partisipan dalam PAR.

- c. Proses belajar dan refleksi antar partisipan dan peneliti menghasilkan pengetahuan yang baru

Bagaimana kita menghasilkan pemahaman baru dengan interaksi, refleksi dan aksi dari pihak peneliti dan partisipan. Peneliti perlu berkreatifitas dengan berbagai metode untuk menghasilkan pengetahuan. Sehingga konstruksi pengetahuan baru dengan cara baru bisa meningkatkan partisipasi dan kesadaran bagi yang terlibat baru dalam meningkatkan kehidupan dan strategi dalam mengkomunikasikan pengalaman dengan yang lain. Salah satu tipe dari metode PAR, adalah Feminist-Partisipasi, Aksi dan Riset.

3. Feminist Participatory Action Research: The 'F' in PAR

Terminology FPAR, pertama di perkenalkan oleh Patricia Maguire (1987), dan menjadi lebih populer di tahun 2000 an oleh Brinton Lykes (2007), Collen Reid dan Wendy Frisby (2008). FPAR memberikan ruang untuk suara kelompok marginal (disabilities dan difabel, perempuan miskin, perempuan korban kekerasan) dan membangun pemberdayaan atau penguatan atau '*empowerment*' and aksi perubahan sosial bagi kelompok marginal dan tertindas. Berbeda dengan pendekatan tradisional atau generik (sederhana), Partisipasi, Aksi dan Riset (PAR), yang terkadang

mengabaikan kelompok tertindas, seperti perempuan (Maguire, 1996; McIntyre, 2008; Ryan-Flood and Gill, 2010) . FPAR mengkombinasikan aspek positif dari PAR dan paradigma penelitian Feminis yang berpihak pada kelompok marginal melalui proses penelitian yang demokratis, partisipatif dan berkeadilan sosial.

Setiap ahli dan praktisi feminist PAR memberikan beberapa alternatif beberapa prinsip dalam implementasi FPAR. FPAR meliputi enam wilayah transformasi sosial yang mengutamakan proses analisa kritis akan situasi dan struktur sosial yang tidak adil. Reid and Frisby juga mempertimbangkan interseksionalitas; menghormati aspirasi dan perbedaan melalui proses partisipasi, eksplorasi bentuk baru dari representasi, dan menghormati banyak bentuk aksi yang berbeda (Reid and Frisby, 2008). Lykes & Hershberg memperkenalkan tiga dimensi dalam FPAR, yaitu misalnya FPAR mempertanyakan peran gender, ras, latar belakang etnik dan budaya, kelas dan status sosial, dan sistem struktural dalam pembuatan program dan kebijakan publik yang menghambat atau mendukung proses transformasi sosial dan nilai-nilai keadilan sosial, lalu menggali pengetahuan berbasis lokal berdasarkan nilai budaya/norma/agama setempat dan menghasilkan suara; serta mengaplikasikan interseksionalitas sebagai alat analisa data dalam proses transformasi atau perubahan sosial (Lykes and Hershberg, 2014).

Berdasarkan pengalaman Brinton Lykes dan Alison Crosby sebagai praktisi FPAR, menawarkan empat dimensi dalam mengeksplorasi penelitian feminist dan PAR (Lykes and Crosby, 2014): 1. Hubungan dalam bentuk dialog: siapa peneliti, hubungan antara peneliti dan informan dalam penelitian sebagai partner, menuliskan dan mendesain proyek penelitian secara bersama-sama; 2. Memetakan sumber dalam pengumpulan data dan menganalisa data secara bersama-sama; 3. Menginterpretasi hasil penelitian dan terbuka dengan perbedaan; 4. Menyimpulkan dengan proses refleksi: bagaimana tantangan masa depan. Sedangkan Hill, Mulvey and Terenzio (disitasi pada Lykes and Crosby, 2014), berbagi 7 dimensi dalam FPAR: 1) mengintegrasikan pemahaman kontekstual atau sesuai konteks; 2) memperhatikan masalah yang beragam; 3) berbicara dari sudut pandang kelompok yang termarginalkan; 4) mengadopsi pendekatan kolaboratif; 5) memanfaatkan pendekatan dan metode yang beragam; 6) mengadopsi praktik refleksi; 7) berorientasi sebagai pemberdayaan masyarakat (partisipan) dan menggunakan pengetahuan untuk sebuah perubahan sosial) (Hill *et al.*, 2000).

Pada perjalanan penelitian kami sendiri, kami menawarkan 6 prinsip dalam perjalanan sebagai peneliti FPAR. Pertama, membangun

kepercayaan dengan kelompok perempuan yang termarginalkan (seperti Ibu positif HIV). Kedua, memberikan ruang untuk berdialog dengan nyaman, tanpa diskriminasi dan kesetaraan gender. Ketiga, memberikan lingkungan aman yang terfokus pada perempuan. Keempat, menghargai suara perempuan melalui kerjasama yang setara dan kebebasan mengekspresikan suara. Kelima, adanya proses advokasi untuk perubahan awal, terutama ke pengambil kebijakan. Keenam, mempertimbangkan lensa interseksionalitas, untuk memahami lapisan-lapisan yang kompleks yang tak terpisahkan dari kehidupan seorang perempuan di Indonesia (Najmah, 2019; Najmah, Davies, & Andajani 2020).

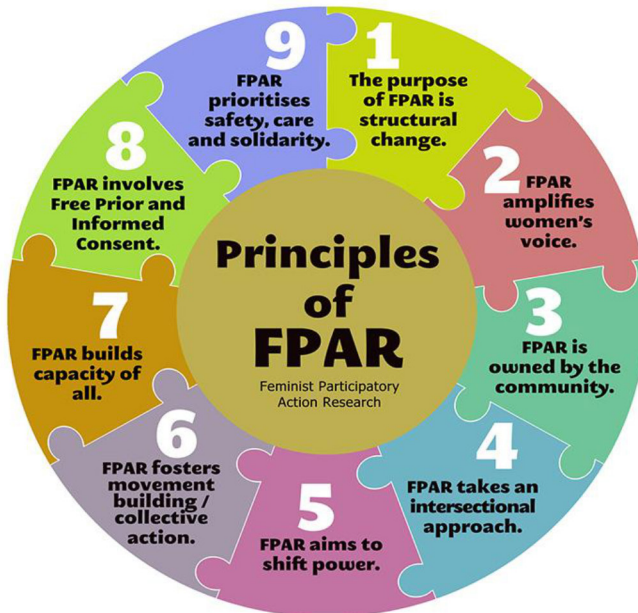
Memahami Prinsip-Prinsip FPAR

Dari berbagai prinsip dari peneliti FPAR, ada titik temu yang bisa kita sepakati dalam melakukan aksi maupun proyek dengan mengimplementasikan pendekatan FPAR (Gambar 17). Landasan prinsip-prinsip FPAR. FPAR bertujuan:

- a. Membuat perubahan struktural
- b. Memperkuat suara perempuan
- c. Membangun kepemilikan masyarakat
- d. Mendorong penelitian dengan pendekatan interseksional
- e. Mendorong pergeseran kekuatan (*power shift*)
- f. Membangun aksi kolektif
- g. Membangun kapasitas kolektif
- h. Membangun penelitian yang menghargai persetujuan sebelumnya dan diinformasikan
- i. Membangun penelitian yang mengutamakan keamanan, kepedulian, dan solidaritas

Prinsip 1: Membangun perubahan struktural

Perempuan di Indonesia, menurut penulis, tanpa disadari, sudah pada tahap rela (ikhlas) untuk tunduk dalam sistem patriarki, dan menerima itu sebagai sebuah takdir (*destiny*) sebagai perempuan, ibu dan istri yang tinggal di Indonesia. Maka, teknik penelitian ini mencoba untuk membuka (*open-minded*) pemikiran kalangan perempuan di Indonesia, setidaknya mereka punya pilihan (*choice*) dalam memposisikan diri di dalam sistem patriarkal, yang telah melekat pada norma dan nilai budaya dan agama.



*Gambar 17. Sembilan Landasan Prinsip-Prinsip FPAR
Sumber: (Asian Pacific Forum on Women, 2020)*

Prinsip 2: Memperkuat suara perempuan

Harus di sadari bahwa ketidakberdayaan perempuan dalam sistem patriarki di Indonesia salah satunya karena tertutupnya keberpihakan kepada perempuan dan kaum marginal di Indonesia, mereka tidak di beri kesempatan untuk menyuarakan ketidakadilan yang membelenggu mereka. Metode penelitian partisipasi dan aksi memberikan peluang kepada mereka untuk secara berani menyuarakan apa yang mereka ingin suarkan.

Peneliti harus membangun hubungan yang dekat dan kerjasama dengan partisipan untuk belajar bersama, belajar memutuskan bersama dan menghindari lingkungan yang birokratik atau tidak memberikan kesempatan yang sama untuk memutuskan suatu hal. Untuk membangun sebuah hubungan yang setara, antara peneliti dan partisipan, peneliti diharapkan meningkatkan partisipasi aktif yang setara, menghindari konflik sebisa mungkin dan berdiskusi, berdialog untuk menciptakan kondisi yang nyaman untuk berbicara tentang hal yang menjadi fokus penelitian dan berbagi ide kepada peneliti dan partisipan lainnya. Kritik terhadap praktek-praktek patriarkal; dengan berpihak pada konsep gender and pengalaman unik kelompok tertindas.

Berikut adalah pertanyaan yang bisa menjadi panduan untuk mengaplikasikan prinsip pertama (membangun perubahan struktural) dan kedua FPAR (memperkuat suara perempuan) (Reid and Frisby, 2008):

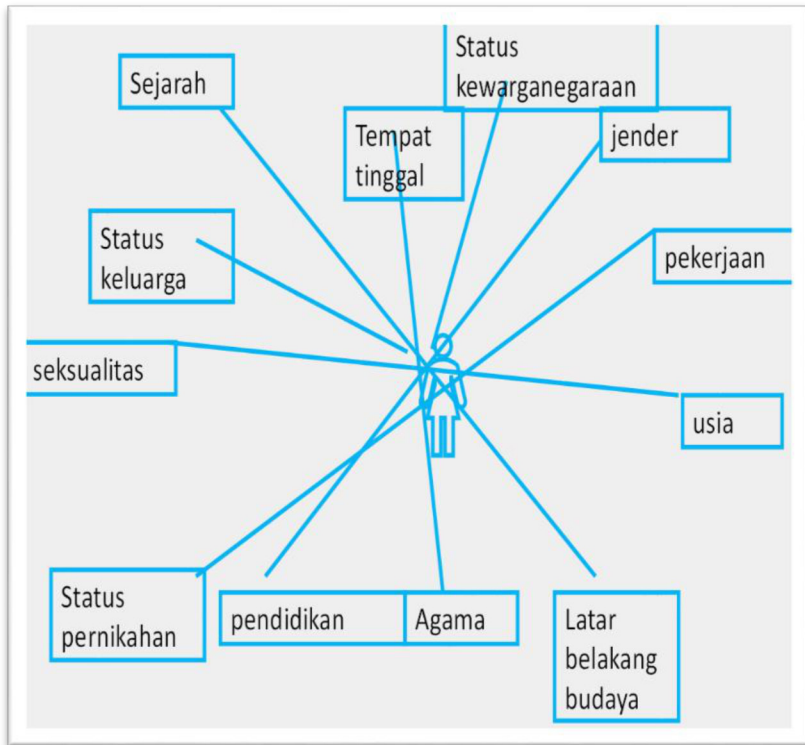
1. Isu apa yang menjadi pembahasan utama pada perempuan dan wanita untuk ikut berpartisipasi pada projek FPAR?
2. Bagaimana pengalaman terikat pada ketimpangan peran gender, kelas dan ras?
3. Apa yang menjadi konteks sejarah, budaya dan politik dalam konteks studi kita dan apa implikasi dari penelitian kita?
4. Bagaimana pengalaman terkait isu penelitian yang diidentifikasi, dipahami, diinterpretasi dan dianalisa secara bersama-sama?
5. Sistem patriarki apa yang ada di masyarakat dan bagaimana sistem ini membentuk pola pikir dan perilaku peneliti dan partisipan?
6. Bisakah tantangan pada norma patriarki yang dominan mempengaruhi partisipan dan/atau peneliti atau meningkatkan resiko dalam penelitian, dan bagaimana kita mengetahui ini, dan strategi apa yang digunakan untuk bernegosiasi dengan resiko?

Prinsip 3: Membangun kepemilikan masyarakat

Membangun *partnership* atau kerjasama dan menimbulkan rasa memiliki atau *ownership* suatu projek atau penelitian adalah sangat penting dalam FPAR, sehingga baik peneliti maupun partisipan terlibat dalam satu projek penelitian dengan kesadaran yang kritis (*critical consciousness*). Partisipan bersama peneliti merencanakan proses pengambilan data, perencanaan aksi, evaluasi, dan refleksi proses penelitian, dan interpretasi hasil penelitian.

Prinsip 4: Mendorong penelitian yang menggunakan pendekatan interseksional

Pengetahuan dan pengalaman kita tidaklah terlepas dari pengaruh nilai-nilai sosial, budaya, agama, ekonomi dan politik. Pengalaman dan pengetahuan terus berevolusi, mengalir, berubah dan tidak lah rigid, berinteraksi dan dipengaruhi oleh nilai-nilai di atas (Baum, MacDougall and Smith, 2006; Amineh and Asl, 2015). Bagaimana individual atau kolektif menginterpretasikan pengalaman dan pemahaman mereka akan situasi kehidupan mereka, tidaklah terlepas dari konteks budaya, sosial dan politik dimana mereka hidup dan berinteraksi (Amineh and Asl, 2015) (Gambar 18: Interseksionalitas).



Gambar 18. Interseksionalitas
Sumber: (Amineh and Asl, 2015)

Interseksionalitas, di tampilan Gambar 18, bisa dipahami sebagai layaknya jalan persimpangan. Setiap individu berada pada posisi persimpangan yang unik dan berbeda dengan individu lainnya, berdasarkan pada karakter sosial, budaya, agama dan status mereka. Seorang perempuan janda, miskin, tidak berpendidikan, dan berasal dari tempat terpencil, misalnya, akan memiliki kapasitas sosial dan kerentanan yang berbeda dengan perempuan berpendidikan, tinggal di perkotaan, dan berasal dari keluarga berada. Berikut adalah panduan pertanyaan untuk mengaplikasikan prinsip ke empat (Interseksionalitas) (Reid and Frisby, 2008):

1. Bagaimana interseksionalitas pada satu individu bisa mempengaruhi kompleksitas dan tekanan yang dihadapi seorang perempuan?
2. Bagaimana identitas, pengalaman, dan hubungan pada seorang individu dibentuk oleh interseksionalitas yang berbeda-beda dan bisa berubah-ubah? (misal, seorang yang belum menikah, menikah dan

janda akan memiliki pengalaman hidup yang berbeda dalam akses layanan kesehatan, jika mereka hamil)

3. Proses kolaborasi diciptakan tanpa ada tekanan (non-kolonial) sehingga bisa membangun kepercayaan dan kerjasama yang baik, dengan mempertimbangkan perbedaan pada gender, kelas, ras, budaya, seksual, kondisi kesehatan and perbedaan lainnya?

Asas 5: Membangun aksi kolektif

FPAR adalah metode yang berfokus pada '*strength-based*' atau aspek-aspek positif yang dimiliki oleh individu maupun kelompok kolektif. Kapasitas, kemampuan, keterampilan, pengalaman, dan karakter unggul individual menjadi pijakan untuk mengembangkan solusi-solusi yang kritisal dan tepat sasaran bagi kelompok kolektif yang terlibat. Dalam PPAR, partisipan terlibat aktif dalam mengkritisi masalah mereka dan membuat pemecahan masalah yang tepat dan efektif. Strategi dalam pemecahan masalah dibahas dalam kelompok dan mobilisasi sumber daya manusia dan infrastruktur di bahas bersama untuk memberikan masukan pada program dan kebijakan terkait. Partisipan dan peneliti tidak memiliki jenjang sosial yang berbeda namun bersama mereka secara kolektif berbagi pemikiran, pengalaman, dan pengetahuan untuk mencari solusi sosial yang tepat.

Asas 6: Membangun kapasitas kolektif

Membangun kapasitas kolektif untuk secara kritisal dan eksploratif dalam memahami permasalahan sosial. Wilayah eksploratif dalam PPAR sangat erat kaitannya dengan partisipasi dan kolektif untuk eksplorasi masalah, hambatan-hambatan terkait topik penelitian.

Panduan Pertanyaan untuk memberikan zona aman dalam memberikan aspirasi dan meningkatkan partisipasi kolektif, sebagai berikut (Reid and Frisby, 2008):

1. Siapa yang akan berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam proyek FPAR, bagaimana mereka berpartisipasi dan apa konsekuensinya?
2. Bagaimana pengalaman perempuan akan lebih didengar?
3. Bagaimana pertanyaan penelitian akan diformulasi dan siapa yang akan menilai pertanyaan-pertanyaan ini sesuai atau relevan?
4. Kesempatan dan fasilitas khusus apa yang akan diberikan pada partisipan perempuan untuk meningkatkan partisipasi perempuan pada semua fase penelitian? (misal: tempat penitipan anak, transportasi, bahasa, peran gender-sebagai ibu, istri, ibu bekerja, ibu tunggal)?
5. Apakah ada dominansi dalam group diskusi dan bagaimana kita mengetahuinya dan mengatasi ini?

6. Apakah ada kemungkinan terjadi kendala ketika pengumpulan data, dan solusi yang ditawarkan apa? (seperti izin suami sebagai sumber apa yang menjadi konflik, ketidaksetaraan kekuasaan (*power*)).

Asas 7: Aksi kolektif yang reflektif

Komunikasi aksi yang efektif, kritis dan reflektif sangat penting untuk memaksimalkan keterlibatan partisipan dalam riset. Penting bagi peneliti untuk memberikan informasi yang tepat, mudah dipahami, terbuka dan relevant. Partisipan juga perlu belajar untuk berkomunikasi secara efektif dan kritis, melalui keterampilan mendengar aktif, responsive dan bahasa yang sederhana. Peneliti perlu bersikap terbuka, transparan dan menjaga kepercayaan kelompok. Panduan Pertanyaan untuk menciptakan zona kritis dan reflektif, sebagai berikut (Reid and Frisby, 2008):

1. Apa tujuan dari penelitian dan konsekuensi yang tidak diharapkan yang mungkin terjadi?
2. Apa hubungan relasi antara peneliti dan partisipan serta elemen-elemen terkait dalam proses pengumpulan data dan langkah-langkah apa yang akan diambil untuk mengatasi ketimpangan *power* dan memobilisasi *power*?
3. Isu etik apa yang membentuk penelitian dan representasinya apa?
4. Siapa yang memiliki penelitian, dan bagaimana penelitian ini akan dilakukan, dikomunikasikan, dan diwujudkan?
5. Bagaimana upaya meningkatkan kepercayaan antara peneliti dan partisipan, seperti hubungan emosional dan psikologis?

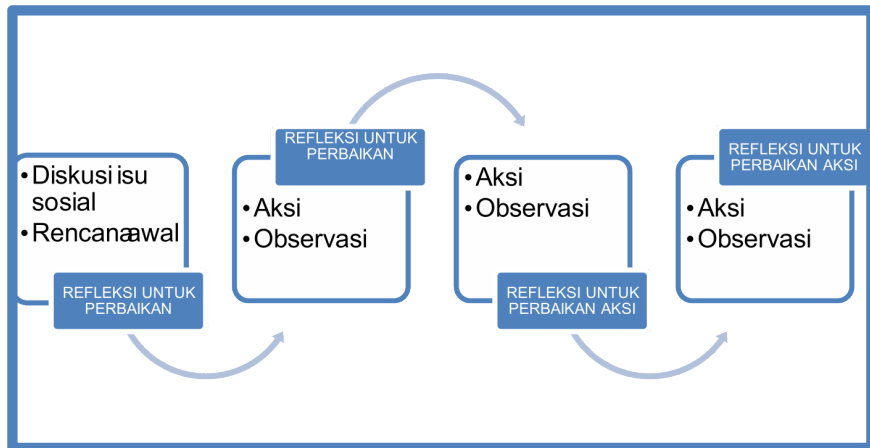
Asas 8: Membangun penelitian yang menghargai persetujuan sebelumnya dan diinformasikan (*free prior and informed consent*)

Mereka yang berpartisipasi dalam PAR adalah sukarela dan persetujuan untuk berpartisipasi perlu diperoleh sebelum proses penelitian dimulai. Semua proses penelitian melibatkan masukan dari partisipan penelitian. Komitmen dalam partisipasi sangatlah penting untuk keberhasilan proses kolektif dalam menjawab isu sosial dan merancang aksi. Partisipasi dalam penelitian PAR sangatlah penting, karena umumnya proses PAR membutuhkan waktu yang cukup lama dan partisipan perlu memahami harapan dari penelitian. Juga sebaliknya peneliti perlu memahami waktu, komitmen dan aktivitas apakah yang partisipan lakukan, atau keterbatasan partisipan. Diskusi tentang persetujuan ini sangatlah penting agar komunikasi peneliti dan antar partisipan bersifat terbuka dan *reliable*.

Asas 9: Aman, kenyamanan dan saling dukung dan solidaritas

Seringkali masalah sosial yang menjadi sasaran penelitian adalah masalah-masalah yang kritis atau sensitif. Kelompok-kelompok yang terlibat sebagai partisipan pada umumnya adalah kelompok marjinal atau terpinggirkan. Oleh karena interaksi antar partisipan yang rutin dan mendalam, faktor saling percaya, saling dukung dan solidaritas, dan rasa aman sangatlah penting dalam PAR.

FPAR: Langkah-Langkah Proses Penelitian



Gambar 19. Proses FPAR 1

Sumber: (Widjaja and Matitaputty, 2018)

Gambar 19 menyederhanakan Gambar 18. Meski dalam bagan ini seolah-olah proses FPAR itu linear, namun sebenarnya *cyclic*, dan setiap aksi, selalu melibatkan proses observasi, refleksi, evaluasi, dan penyempurnaan berkesinambungan. Berikut contoh penggunaan FPAR di penelitian promosi kesehatan penanggulangan HIV pada ibu rumah tangga.

4. Contoh Penggunaan FPAR di Penelitian Promosi Kesehatan

Berikut adalah contoh keterlibatan kelompok ibu positif HIV dalam FPAR untuk membuat pesan komunikasi, informasi dan edukasi yang mempromosikan pentingnya tes HIV bagi ibu rumah tangga.

- **Persiapan Penelitian: Membentuk Group Referensi dan Konsultasi dengan Semua Pihak Pemangku Kepentingan**

Seperti terlihat pada Gambar 19, proses FPAR melibatkan partisipasi penuh partisipan dalam merencanakan proses penelitian, yang meliputi konsultasi dengan masyarakat, evaluasi kesesuaian alat dan proses penelitian dengan kelompok referensi, dan evaluasi programme. Kelompok referensi bisa melibatkan, misalnya pihak pemangku kepentingan atau *stakeholders*. Dalam penelitian ini, kelompok referensi melibatkan staff dari Lembaga non-pemerintahan yang terlibat dalam program *peer support*. Kelompok referensi ini sangat berperanan dalam memberikan masukan dan saran tentang kesesuaian metode penelitian, alat penelitian, dan perencanaan perekrutan peserta penelitian. Misalnya, apakah bahasa yang digunakan dalam wawancara mendalam dan fokus group diskusi sesuai dengan kelompok partisipan. Apakah metode perekrutan partisipan sesuai dengan norma sosial dan budaya setempat. Apakah ada norma-norma atau etika sosial yang perlu diperhatikan selama proses penelitian. Apakah metode pengambilan data tepat untuk partisipan, ibu positif HIV.

Latar belakang penelitian

Hilangnya kesempatan untuk deteksi dan skrining HIV bagi ibu hamil, menjadi tantangan besar dalam upaya pemberantasan HIV pada wanita usia subur dan menikah di Indonesia. Pada tahun 2013, Indonesia mulai untuk menginisiasi untuk kebijakan menawarkan tes HIV pada kelompok ibu hamil di populasi umum dengan mengeluarkan Permenkes no 51 tahun 2013 dan pada tahun 2016, tes HIV menjadi salah satu pelayanan dasar yang harus tersedia di layanan primer seperti puskesmas untuk meningkatkan cakupan layanan deteksi dini HIV pada ibu hamil, berdasarkan Permenkes nomor 43 tahun 2016. Penelitian ini, melalui PAR, mengundang ibu-ibu positif HIV untuk berpartisipasi dan menjadi the *agent of change* dalam menyuarakan dan membuat strategi promosi kesehatan yang tepat dan dapat dengan mudah diterima oleh ibu-ibu rumah tangga (Najmah, Andajani and Davies, no date; Najmah, 2019).

Partisipan

Delapan belas ibu positif HIV ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Semua ibu mengidentifikasi dirinya sebagai ibu rumah tangga, walau 10 dari mereka bekerja disektor informal, seperti penjual kue, menjadi asisten rumah tangga, mempunyai usaha warung. Satu dari 18 ibu bekerja disektor formal, sebagai administrasi sebuah kantor. Enam dari ibu menjadi tulang punggung keluarga setelah suami mereka meninggal dunia terkait dengan infeksi oportunistik terkait AIDS.

- **Metode pengumpulan data**

Pengumpulan data menggunakan group diskusi. Dua kelompok diskusi, masing-masing beranggotakan lima dan enam ibu positif HIV. Mereka yang tidak bisa terlibat dalam kelompok diskusi, sebanyak tujuh orang bersedia untuk pertemuan individual terpisah.

Gambar 20 dan 21 menunjukkan adalah kumpulan visual dari proses FPAR melibatkan pertemuan-pertemuan berkelanjutan yang bertujuan untuk membangun kesadaran kritis akan akar permasalahan, dalam hal ini adalah mengapa akses ke layanan PPIA sangatlah rendah sampai pada pembuatan rencana aksi, pelaksanaan uji coba aksi. Penyempurnaan aksi, dan implementasi. Misalnya dalam penelitian ini, dilakukan pertemuan dengan setiap kelompok setiap minggu selama 6 minggu berturut-turut.

Pertemuan 1 dan 2: Membangun kesadaran kritis dan rencana aksi

Pertemuan awal kami melakukan pendekatan dengan ibu positif HIV yang baru kami kenal, dengan mengenalkan apa itu penelitian kami dan mengajak ibu-ibu menonton kisah inspiratif dan melakukan *games* (permainan) untuk meningkatkan kerjasama tim. Membangun kepercayaan adalah hal penting dalam memberikan zona nyaman dan aman untuk kelompok.

Partisipan

Delapan belas ibu positif HIV ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Semua ibu mengidentifikasi dirinya sebagai ibu rumah tangga, walau 10 dari mereka bekerja disektor informal, seperti penjual kue, menjadi asisten rumah tangga, mempunyai usaha warung. Satu dari 18 ibu bekerja disektor formal, sebagai administrasi sebuah kantor. Enam dari ibu menjadi tulang punggung keluarga setelah suami mereka meninggal dunia terkait dengan infeksi oportunistik terkait AIDS.

- **Metode pengumpulan data**

Pengumpulan data menggunakan group diskusi. Dua kelompok diskusi, masing-masing beranggotakan lima dan enam ibu positif HIV. Mereka yang tidak bisa terlibat dalam kelompok diskusi, sebanyak tujuh orang bersedia untuk pertemuan individual terpisah. Gambar 20 dan 21 menunjukkan adalah kumpulan visual dari proses FPAR melibatkan pertemuan-pertemuan berkelanjutan yang bertujuan untuk membangun kesadaran kritis akan akar permasalahan, dalam hal ini adalah mengapa akses ke layanan PPIA sangatlah rendah sampai pada pembuatan rencana aksi, pelaksanaan uji coba aksi. Penyempurnaan aksi, dan

implementasi. Misalnya dalam penelitian ini, dilakukan pertemuan dengan setiap kelompok setiap minggu selama 6 minggu berturut-turut.

Pertemuan 1 dan 2: Membangun kesadaran kritis dan rencana aksi

Pertemuan awal kami melakukan pendekatan dengan ibu positif HIV yang baru kami kenal, dengan mengenalkan apa itu penelitian kami dan mengajak ibu-ibu menonton kisah inspiratif dan melakukan *games* (permainan) untuk meningkatkan kerjasama tim. Membangun kepercayaan adalah hal penting dalam memberikan zona nyaman dan aman untuk kelompok termarginalkan, seperti ibu positif HIV, untuk bersuara. Sehingga hal yang menjadi catatan, dua kali pertemuan awal, menjadi fase diskusi santai dan pengenalan satu sama lain.

Kami menggunakan kertas, spidol, dan origami, untuk mengekspresikan apa yang membuat ibu positif HIV kuat setelah tau terinfeksi HIV dan menjelaskan ke teman-teman lainnya. Kami juga bertanya, kenapa ibu rumah tangga di Indonesia rentan terinfeksi HIV, dan beberapa ibu menempelkan gambar-gambar yang sesuai serta mengaitkan kolase gambar dengan kompleksitas penularan HIV, mereka refleksi pengalaman teman-teman sekitar mereka, ibu positif HIV, tanpa langsung menceritakan pengalaman mereka pribadi. Beberapa ibu menceritakan bagaimana penularan HIV kepada kami. Kolase, seperti contoh Gambar 21, ini dibuat saat tahap diskusi kritis untuk membangun kesadaran kritis mengenai rendahnya akses ibu-ibu hamil ke layanan PPIA, termasuk akses tes HIV ketika hamil.

Misalnya dari kolase pada Gambar 20, ibu-ibu HIV positif menjelaskan tentang bagaimana dinamika penularan HIV pada perempuan. Misalnya bagaimana ibu-ibu mendapatkan HIV tertular dari suaminya, yang mungkin terlibat perselingkuhan, pengguna Narkoba suntik, atau bersuamikan bi-seksual (suami juga menjalin hubungan dengan pria lain).



Gambar 20. Kolase oleh Ibu positif HIV: Kompleksitas Penularan HIV pada ibu rumah tangga

Sumber: (Najmah, Davies and Andajani, 2020)

Melalui kolase ini, partisipan juga menjelaskan proses kompleksitas penularan HIV pada perempuan. Mereka menjelaskan praktek seks dalam pernikahan yang tidak aman, tidak menggunakan kondom untuk pencegahan HIV, dimana seringkali perempuan tidak mengetahui latar belakang perilaku seksual dari pasangannya, sehingga perempuan rentan tertular HIV.

Kolase yang dibuat juga secara tidak langsung menjelaskan interseksionalitas dari faktor-faktor, individual, budaya, dan sosial yang mempengaruhi kerentanan perempuan untuk tertular HIV. Misalnya pengetahuan perempuan yang kurang memadai akan perilaku seks aman; atau perempuan yang dididik untuk patuh dan submisif pada suami, sehingga tidaklah pantas untuk mempertanyakan kesetiaan suami atau perilaku seksual suami sebelumnya. Dalam beberapa kasus, perempuan juga mengungkapkan tentang praktek poligami, dan kebohongan dalam pernikahan.

Pertemuan 3 dan 4: Pembuatan rencana aksi, uji coba, implementasi, evaluasi, penyempurnaan aksi

Pada pertemuan ketiga dan keempat, kami baru melakukan brainstorming, tentang topik penelitian, seperti apa kendala ibu rumah

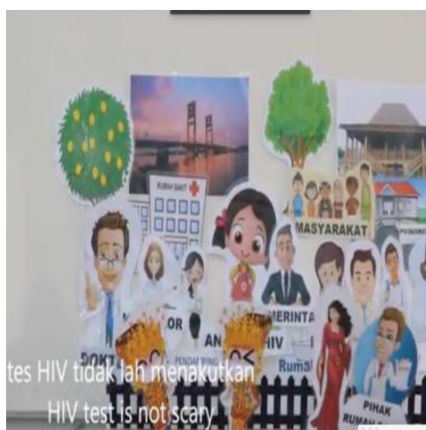
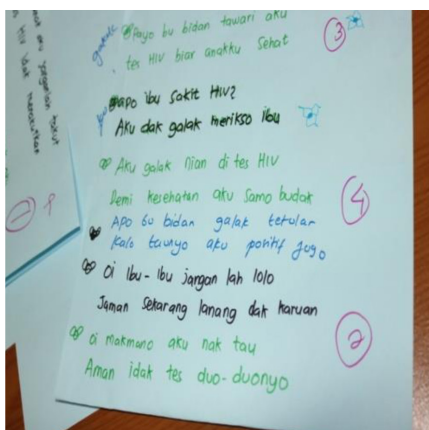
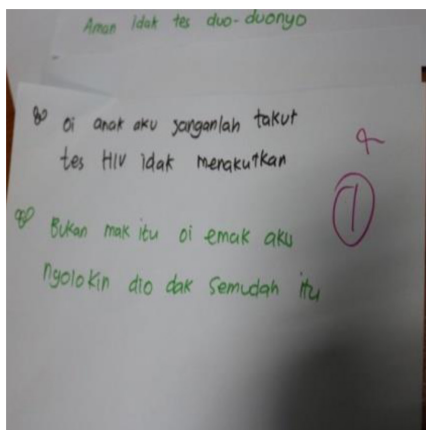
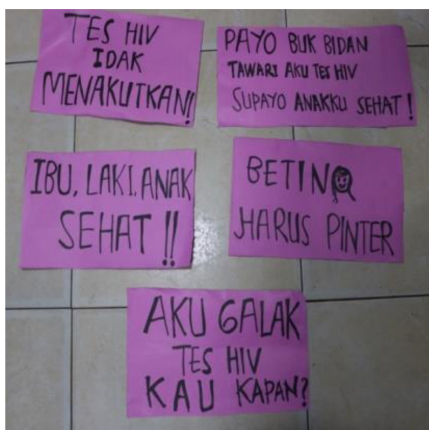
tangga untuk akses tes HIV, bagaimana kompleksitas penularan HIV dari Ibu ke anak, berdasarkan cerita teman-teman sekitar ibu. Lalu, pertemuan selanjutnya, ibu positif HIV menawarkan solusi apa yang perlu dilakukan untuk meningkatkan akses; Najmah beserta ibu positif HIV diskusi bersama di ruangan tertutup, seperti di salah satu puskesmas, pada hari minggu, dan diruangan terbuka, seperti di taman, tapi kami berdiskusi dengan menggunakan istilah, seperti menyebut HIV dengan B20.

Pertemuan 5 dan 6: Aksi dan Refleksi

Pada pertemuan ke lima dan ke enam, kami memutuskan untuk melakukan aksi pembuatan video dengan memodifikasi lagu daerah terkenal di Sumatera Selatan, berjudul Cuk Ma Ilang untuk menyuarakan tantangan dalam menawarkan tes HIV pada kelompok wanita usia subur, seperti persepsi ibu yang menikah tidak mungkin tertular HIV dan stigma kepada Wanita Usia Subur (WUS) jika mereka ingin akses tes HIV secara mandiri di bidan terdekat. Pada pertemuan ini adalah proses untuk meningkatkan kepercayaan dengan berdiskusi santai di ruangan tertutup untuk memberi keluasaan dalam membuat aksi.

Bagan berikut merangkum proses perencanaan aksi, persiapan, uji coba, evaluasi dan penyempurnaan aksi dalam menciptakan lirik baru (Najmah, Andajani and Davies, 2020):

- a. Menyiapkan kertas warna dan pulpen warna
- b. Menuliskan ide-ide hasil brainstorming kendala akses tes HIV bagi ibu rumah tangga
- c. Memilih lagu daerah yang akan dimodifikasi liriknya
- d. Mendownload musik lagu yang dipilih
- e. Menulis dan merevisi lirik dengan langsung mempraktekannya dengan latihan bernyanyi
- f. Memfinalisasi lirik lagu
- g. Memutuskan media apa yang akan digunakan untuk menyampaikan aspirasi
- h. Memutuskan menggunakan wayang-wayangan (*puppet shows*)
- i. Melakukan latihan-bernyanyi dengan diiringi music Cuk Ma Ilang dan update lagu
- j. Membuat video penampilan lagu dengan menggunakan wayang-wayangan
- k. Memutuskan menyebarkan informasi video melalui media sosial dan youtube untuk disampaikan ke dinas kesehatan setempat dan rumah sakit



Gambar 21. Partisipasi dan Aksi: Branstorming inti pesan untuk lagu, memodifikasi lirik, dan menyanyikan lagu dengan menggunakan media wayang
Sumber: Najmah, 2019

CUK Ma Ilang (Lirik modifikasi oleh ibu positif HIV)

Bahasa Palembang

Cop/Cuk mak ilang
Mak ilang jaga batu
Dimano koceng belang
Disitu rumah aku
Oi ibu-ibu janganlah takut
Tes HIV tidak menakutkan
Bukan mak itu oi mak aku

Bahasa Indonesia

Pantun dalam bahasa Palembang
Pantun dalam bahasa Palembang
Dimana ada kucing belang
Disana rumah saya
Wahai ibu-ibu tidak usah takut
Tes HIV tidak menakutkan
Bukan begitu, maksud saya

Ngologik dio dak semudah itu
O ibu-ibu janganlah lolo
Zaman sekarang lanang dak karuan

Oi makmano aku na tahu
Aman idak tes duo-duonyo

Payo bu bidan tawari aku
Tes HIV biar anakku sehat
Apo ibu sakit HIV
Aku dak galak perikso ibu
Aku galak dites HIV
Demi kesehatan aku samo budak
Apo bu bidan galak tertular

Kalau taunyo aku positif jugo

Merayu suami saya tidak semudah itu
Wahai ibu-ibu janganlah bodoh
Zaman sekarang, lelaki tidak
semuanya jujur

Bagaimana aku bisa mengetahui itu
Jika suami istri tidak dites HIV secara
bersama-sama

Ayo bu bidan, tawarin aku
Tes HIV supaya anakku sehat
Apa ibu sakit HIV (bidan bertanya)
Saya tidak mau memeriksa ibu
Saya mau dites HIV
Untuk kesehatan saya dan anak saya
Apa ibu bidan mau ambil resiko
tertular HIV

Kalau taunya saya positif HIV

Lagu dan aksi, bisa diakses di:

<https://www.youtube.com/watch?v=APKaNT7SYQ8>

Refleksi dan evaluasi

Suara ibu positif HIV terkait keinginan sang ibu akses tes HIV demi kesehatan keluarga mereka, terutama anak diungkapkan ke dalam lirik. Namun, ketimpangan gender di masyarakat Indonesia, dominan patriarkal, sangat sulit untuk meminta suami mereka untuk melakukan tes HIV juga. Sehingga mereka menyarankan, jika tes HIV diberlakukan untuk ibu hamil, suami atau pasangan sang ibu harus secara bersamaan di tes HIV juga. Ibu positif HIV juga, secara bersamaan menyampaikan pesan, bahwa tes HIV akan sangat mudah diakses, jika tes HIV disediakan di praktek bidan swasta, yang mudah dijangkau oleh ibu hamil. Dan lebih dari 50 % ibu hamil, memilih akses bidan untuk pelayanan antenatal mereka ketika hamil (Indonesian Ministry of Health, 2013). Jika kita bandingkan suara-suara ibu positif ini dengan upaya promosi yang dilakukan melalui poster-poster pada gambar 22, apa yang bisa kita pelajari untuk meningkatkan akses tes HIV pada wanita usia subur, termasuk ibu hamil di populasi umum?



Gambar 22. Contoh poster terkait Promosi HIV pada di dua rumah sakit di Palembang, Sumatera Selatan
Sumber: data primer (Najmah, 2019)

5. Feminist Participatory Action Research: The ‘F’ in PAR

Pendekatan *Feminist Participatory Action Research* atau FPAR sangat relevan dalam penelitian promosi kesehatan. Pendekatan ini memfasilitasi partisipasi, kepemilikan terhadap proses penelitian dan kerja sama antara partisipan dan peneliti untuk merefleksikan isu sosial dan mengembangkan solusi sesuai kebutuhan lokal dan konteks sosial dan budaya setempat. FPAR membuka proses penelitian, tidak terbatas pada pemberdayaan individu, meningkatkan kapasitas dalam refleksi secara kritis secara individual, melakukan penelitian, tetapi juga meningkatkan kekuatan refleksi individu, pengalaman, serta minat partisipan dan peneliti dalam memformulasi permasalahan sosial dan bagaimana solusi untuk mengatasi permasalahan ini.

FRAR didorong oleh nilai-nilai kesetaraan dan keadilan sosial dan masyarakat dan membangun masyarakat yang adil. FPAR merefleksikan keadaan kenyataan sosial dimana penelitian merupakan interseksional atau perpaduan antara partisipasi komunitas dan terlibat penuh dalam melakukan aksi sosial. Misalnya ibu-ibu positif HIV menyuarakan aspirasi mereka melalui lagu, lalu video lagu peneliti sampaikan ke pengambil kebijakan terkait HIV.

FPAR memberikan ruang untuk berbagi dalam memutuskan proses dan aksi suatu proyek penelitian antara peneliti dan partisipan. Hal-hal yang diperlukan seorang peneliti PAR termasuk: saling menghargai atas subjektivitas dan perbedaan pengetahuan dan pengalaman diantara individu saling menghormati antar individu atau kelompok sebagai yang paling ahli atau yang paling tahu akan proses mencari solusi terbaik pada tantangan sosial.

Setiap peneliti FPAR memiliki perjalanan yang berbeda, termasuk prinsip-prinsip yang dilakukan, sesuai kebutuhan dan asas lokal budaya setempat. Secara umum ada sembilan asas atau prinsip FPAR yang bertujuan untuk mengkritisi sistem patriarkal, memperkuat suara perempuan; membangun kapasitas kritikal kolektif dan aksi kepedulian sosial. Setiap prinsip tidak bekerja secara berbeda, tetapi setiap elemen saling melengkapi satu sama lain dan saling berkaitan. Dan yang perlu juga ditekankan, adanya proses yang spiral, dan bisa berulang, dan pendetakan FPAR bisa diimplementasikan pada kelompok yang termarginalkan dan terkait isu yang sensitif, seperti HIV atau topik terkait kesehatan reproduksi dan seksual. Catatan terakhir, kesadaran bersama akan pentingnya penelitian dan aksi adalah proses untuk meningkatkan kepercayaan, kolaborasi dan kesuksesan penelitian dilapangan.

.....

DAFTAR PUSTAKA

- Amineh, R. J. and Asl, H. D. (2015) 'Review of constructivism and social constructivism', *Journal of Social Sciences, Literature and Languages*, 1(1), pp. 9–16. Available at: <http://blue-ap.org>.
- Asian Pacific Forum on Women, L. and D. (APWLD) (2020) *Feminist Participatory Action Research (FPAR)*. Available at: <https://apwld.org/feminist-participatory-action-research-fpar/> (Accessed: 16 September 2020).
- Baum, F., MacDougall, C. and Smith, D. (2006) 'Participatory action research', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), pp. 854–857. doi: 10.1136/jech.2004.028662.
- Van Den Broucke, S. (2013) 'Implementing health in all policies post Helsinki 2013: Why, what, who and how', *Health Promotion International*, 28(3), pp. 281–284. doi: 10.1093/heapro/dat050.

- Catford, J. (2010) 'Implementing the Nairobi call to action: Africa's opportunity to light the way', *Health Promotion International*, 25(1), pp. 1–4. doi: 10.1093/heapro/daq018.
- Duarsa, B. S. (2009) 'Prospek Pendidikan Program Pasca Sarjana', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1), pp. 23–27.
- Forman, R. et al. (2020) '12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic', *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd, 124(6), pp. 577–580. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.05.008.
- Gaventa, J. and Cornwall, A. (2011) 'Power and Knowledge', in *The SAGE Handbook of Action Research*. SAGE Publication, pp. 465–471. doi: 10.5367/0000000053729888.
- Government of Republic of Indonesia (2003) *Act of the Republic of Indonesia on National Education System 1, National Education System*. Indonesia. doi: 10.1111/jonm.12155.
- Hill, J. et al. (2000) 'Methodological issues and Challenges for Feminist Community Psychology: An Introduction to a Special Issue', *American Journal of Community Psychology*, 28(6), pp. 759–772. doi: 10.1023/A.
- Indonesian Ministry of Health (2013) *Basic health research*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Ringkasan Komitmen Global Promosi Kesehatan-Dari Ottawa-Jakarta-Shanghai Menuju Rakyat Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lalonde, M. (1981) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Lawson, H. A. et al. (2015) *Participatory Action Research (Pocket Guides to Social Work Research Methods)*. Edited by T. Tripodi. United States of America: Oxford University Press.
- Lykes, M. B. and Crosby, A. (2014) 'Feminist Practice of Action and Community Research', in Biber, H. (ed.) *Feminist Research Practise: A Primer (2nd eds.)*. London: SAGE Publication, pp. 145–181.
- Lykes, M. B. and Hershberg, R. M. (2014) 'Participatory Action Research and Feminisms: Social Inequalities and Transformative Praxis', in *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis*. London: SAGE Publication, pp. 331–367. doi: 10.4135/9781483384740.n16.
- Madi, H. H. and Hussain, S. J. (2008) 'Editorial: Health protection and promotion', *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(Supplement), p. : 15-22. Available at: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-14-2008/volume-14-supplement/editorial-health-protection-and-promotion.html>.

- Maguire, P. (1996) 'Considering More Feminist Participatory Research: What's Congruency Got to Do With It?', *SAGE Journal*, 2(1), pp. 106–118. doi: <https://doi.org/10.1177/107780049600200115>.
- McIntyre, A. (2008) *Participatory Action Research, Qualitative research methods series 52*. California: SAGE Publication.
- McNab, C. et al. (2006) *Health Promotion International: An Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education, Health Promotion International*. Victoria-Australia: Oxford University Press. doi: 10.1093/heapro/dam006.
- Najmah (2019) *My baby deserves love, not HIV: Enabling HIV-positive women to access Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV services*. Auckland University of Technology.
- Najmah, Andajani, S. and Davies, S. (2020) 'From Drawings to Puppet Shows: Creating a Collective Space for HIV-Positive Women: Learning from Feminist-Participatory Action Research', in *2nd Sriwijaya International Conference of Public Health (SICPH 2019)*. Atlantis Press, pp. 245–255.
- Najmah, Andajani, S. and Davies, S. (no date) 'Perceptions of and barriers to HIV testing among married women in Indonesia', *Sexual and Reproductive Health Matters (in progress)*.
- Najmah, Davies, S. and Andajani, S. (2020) *Wives and mothers and HIV [Online]*. Jakarta, Indonesia: Insider Indonesia. Available at: <https://www.insideindonesia.org/wives-and-mothers-and-hiv> (Accessed: 15 September 2020).
- Nutbeam, D. and Kickbusch, I. (1998) 'Health promotion glossary', *Health Promotion International*, 13(4), pp. 349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
- Pangastuti, Y. (2020) *The COVID-19 crisis has highlighted the exploitation of non-formal early childhood educators*. Available at: <https://www.insideindonesia.org/a-house-of-cards?highlight=WyJwZW5kaWRp a2FuliwiJ3BlbmRpZGlrYW4iLCJ1c2hliwiZGluaSIsImRpbmkncyIsI nVzaWEgZGluaSJd> (Accessed: 16 September 2020).
- Reid, C. and Frisby, W. (2008) 'Continuing the journey: Articulating dimensions of Feminist Participatory Action Research (FPAR)', in *Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London: SAGE Publication, pp. 93–105.
- Ryan-Flood, R. and Gill, R. (2010) *Secrecy and Silence in the Research Process Feminist Reflections*. London: Routledge.
- Tang, K. C. et al. (2014) 'The eighth global conference on health promotion: Health in all policies: From rhetoric to action', *Health Promotion International*, 29, pp. i1–i8. doi: 10.1093/heapro/dau051.

- Tang, K. C., Beaglehole, R. and Health Promotion Unit, W. H. O. (2005) 'A charter to achieve health for all', *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 16(3), pp. 171–2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16375028>.
- WHO Europe (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. doi: 10.1038/scientificamerican0604-48.
- Widjaja, A. and Matitaputty, S. (2018) 'Empowerment of Small Medium Enterprises through Student Participatory Action Research in Implementation of Accounting Information System', *SHS Web of Conferences*, 59, p. 01002. doi: 10.1051/shsconf/20185901002.
- Wilson, S. (2020) 'Pandemic leadership: Lessons from New Zealand's approach to COVID-19', *Leadership*, 16(3), pp. 279–293. doi: 10.1177/1742715020929151.
- World Health Organization (1978) *Declaration of Alma-Ata*.
- World Health Organization (1997) *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>.
- World Health Organization (2009a) *Nairobi Call To Action, World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpress4hp/wp-content/uploads/2017/04/Nairobi_Call_to_Action_Nov09.pdf.
- World Health Organization (2009b) *Overview: 7th Global Conference on Health Promotion*. Geneva. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en>.
- World Health Organization (2013) *The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013*. Geneva. Available at: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/.
-

DESKRIPSI PENULIS

Dr Sari Andajani

Dr Sari Andajani, adalah dosen senior di Department of Public Health, Faculty of Health and Environmental Sciences, Auckland University of Technology (AUT), Auckland, New Zealand. Selain aktif mengajar, beliau aktif membimbing mahasiswa S2 dan S3 dari berbagai negara, termasuk Asia Pacific, Afrika, dan Amerika Latin. Sari juga menerima berbagai beasiswa internasional - Fulbright Scholarship (1994) dan Australian Development Scholarship (1998).



Sari aktif dalam penelitian di bidang *global health and development*, dan isu-isu gender, kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, dan hak asasi manusia. Selama lebih dari 15 tahun, Sari aktif bekerja bersama NGO dan International NGO di bidang promosi kesehatan, community-based health service delivery di kawasan timur Indonesia, termasuk NTT, NTB, Papua Barat, dan Sulawesi. Sejak 2018, Sari terlibat aktif dengan programme INSPIRASI on Indonesian Young Leaders, bekerja sama dengan UNIONAIDS New Zealand. Publikasi link: https://www.researchgate.net/profile/Sari_Andajani

Najmah, SKM, MPH, PhD

Najmah, SKM, MPH, PhD, merupakan alumni dari Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Unsri (S1); Master of Public Health-The University of Melbourne (S2) dan, School of Public Health-Auckland University of Technology (S3). Najmah sudah menulis empat buku terkait Epidemiologi dan Aplikasi Statistika Kesehatan: Manajemen dan Analisa Data Kesehatan, Epidemiologi untuk mahasiswa Kesehatan Masyarakat, Epidemiologi Penyakit Menular, Statistika Kesehatan. Fokus penelitiannya adalah pada HIV, Covid-19, Pemberdayaan perempuan dengan pendekatan *Feminist Participatory Action Research* dan Kesehatan Reproduksi.



Fenny Etrawati, S.KM, M.KM

Fenny Etrawati, S.KM, M.KM, alumni dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya (S1) tahun 2010 dan Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (S2). Bidang keilmuan nya adalah pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku (promosi kesehatan).



Fenny Etrawati sudah bergabung menjadi staff pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya sejak tahun 2013 dan resmi diangkat sebagai PNS pada tahun 2015.

Sampai dengan tahun 2020, Fenny Etrawati sudah menghasilkan beberapa publikasi ilmiah (artikel penelitian) di bidang pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku (promosi kesehatan) dengan *roadmap* penelitian fokus pada kesehatan reproduksi, perilaku berisiko pada remaja (perilaku seks pranikah, pernikahan usia remaja, penyimpangan orientasi seksual, perilaku merokok dan HIV/AIDS) serta upaya intervensi masalah kesehatan tersebut.

Pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promosi kesehatan (promkes) masyarakat bukan hanya melibatkan stakeholder atau pemangku kepentingan di bagian kesehatan saja akan tetapi di luar bagian kesehatan juga. Promosi kesehatan menggunakan pendekatan yang interdisipliner atau lintas sektor seperti komunikasi, media, kebijakan, budaya dan disiplin ilmu lainnya.

Buku yang diterbitkan Unsyiah Press ini mengulas “Promosi Kesehatan dalam Berbagai Perspektif” dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia khususnya. Buku ini diangkat mengingat masih banyak munculnya mis-interpretasi akan peran dan manfaat strategis promosi kesehatan khususnya dalam meningkatkan derajat kualitas kesehatan individu dan masyarakat.

Merujuk Ottawa Charter (1986), Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Penerapan promosi kesehatan tidak selalu berjalan mulus namun senantiasa berhadapan dengan berbagai macam tantangan dan hambatan baik secara proses maupun implikasi dari kegiatan komunikasi kesehatan masyarakat yang dilakukan. Namun dibalik segala kendala yang dimiliki, selalu ada peluang untuk menjalankan promkes yang efektif yang memiliki nilai signifikan dalam pembangunan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia.

Buku ini merupakan kumpulan 18 karya tulisan dari beragam penulis dengan latar belakang akademisi antar disiplin maupun praktisi kesehatan masyarakat secara khusus. Tulisan dalam buku ini merupakan hasil penelitian dan kajian literatur yang diangkat penulis untuk mendeskripsikan dan menjelaskan berbagai ruang lingkup promosi kesehatan masyarakat dari berbagai perspektif secara teoritis maupun praktis.

Karya tulis ini memaparkan berbagai contoh pendekatan promosi kesehatan secara konvensional maupun yang modern dengan pemanfaatan media digital; baik dalam isu kesehatan yang sudah sejak lama ada, seperti kesehatan dan kematian ibu dan anak hingga isu kesehatan terbaru, seperti pandemi virus Corona (COVID-19).

Buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif dalam menelaah konsep, peran, dan promosi kesehatan masyarakat dan dapat dijadikan sumber rujukan untuk pembelajaran dari berbagai kisah sukses beberapa studi kasus yang tertuang dalam bab-bab di buku ini.



Diterbitkan oleh
**Percetakan & Penerbit
SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS**
Jln. Tgk. Chik Pante Kulu No. 1
Kopelma Darussalam
Telp. 0651-812221
email: upt.percetakan@unsyiah.ac.id
unsyiahpress@unsyiah.ac.id

<https://uskpress.usk.ac.id>

ISBN 978-623-264-693-3



ISBN 978-623-264-692-6 (PDF)