

PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

OLEH : DECY SITUNGKIR, SKM, M.KKK

1. Defenisi

Perencanaan merupakan bagian dari siklus administrasi yang terdiri dari tiga fase yaitu; perencanaan, implementasi dan evaluasi dimana ketiga fase tersebut akan mempengaruhi hasil.

Perencanaan kesehatan adalah proses merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia dan menetapkan tujuan promosi kesehatan dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu proses diagnosis penyebab masalah, penentuan prioritas masalah dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan. Dalam membuat perencanaan promosi kesehatan, perencanaan harus terdiri dari masyarakat, profesional kesehatan dan promotor kesehatan. Kelompok ini harus bekerja bersama-sama dalam proses perencanaan promosi kesehatan sehingga dihasilkan program yang sesuai, efektif dalam biaya dan berkesinambungan.

Fase evaluasi adalah suatu masa dimana dilakukan pengukuran hasil dari promosi kesehatan. Pada fase ini juga dilihat apakah perencanaan dan implementasi yang telah dilakukan dilanjutkan. Selain itu evaluasi diperlukan untuk pemantauan dari promosi kesehatan dan sebagai alat bantu untuk membuat perencanaan selanjutnya.

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

- 1) Mengarahkan sumber daya yang ada untuk upaya promosi kesehatan
- 2) Mendukung pencapaian target program dan peningkatan kinerja puskesmas dalam waktu tertentu.
- 3) Adanya kejelasan tentang upaya promosi kesehatan yang harus dilakukan secara sistematis
- 4) Mengarah pada tujuan program yang akan dicapai dalam waktu tertentu.

b. Tujuan Khusus

- 1) Jenis-tahapan kegiatan promkes
- 2) Sumberdaya untuk upaya promkes
- 3) Kebijakan publik dibutuhkan
- 4) Media KIE -Promkes

- 5) Waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan promosi kesehatan
- 6) Sasaran/ wilayah garapan promkes
- 7) Peran mitra potensial promkes
- 8) Indikator promkes di puskesmas.

3. Manfaat Perencanaan Promosi Kesehatan

- a) Memusatkan perhatian pada tujuan promkes yang ingin dicapai
- b) Mengurangi resiko ketidak pastian terhadap proses pelaksanaan kegiatan promkes
- c) Mencegah pemborosan sumberdaya, dan mengoptimalkan penggunaan sumberdaya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan promkes.
- d) Jangkauan kegiatan promkes lebih luas dan terorganisir dengan baik
- e) Mencegah terjadinya tumpang tindih (over lapping)
- f) Menjadi dasar bagi pelaksanaan, pengawasan, pemantauan dan penilaian upaya promosi kesehatan di puskesmas

4. Langkah-langkah Perencanaan Promosi Kesehatan

Dalam merencanakan program promosi kesehatan melalui tahapan berikut :

1. Menentukan kebutuhan promosi kesehatan

a. Diagnosa masalah

Diagnosa sosial adalah proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya.

Diagnosis epidemiologi adalah fase ini kita menganalisa siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi dan suku) kemudian bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut.

Diagnosis perilaku dan lingkungan berarti mengidentifikasi masalah perilaku dan lingkungan yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan atau kualitas hidup seseorang atau masyarakat.

Diagnosis pendidikan dan organisasional adalah mengidentifikasi berdasarkan determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat. Dan yang terakhir diagnosis administrasi dan kebijakan berarti melakukan analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan.

b. Menetapkan prioritas masalah

Langkah yang harus ditempuh untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan adalah:

- 1) Menentukan status kesehatan masyarakat
- 2) Menentukan pola pelayanan kesehatan masyarakat yang ada
- 3) Menentukan hubungan antara status kesehatan dengan pelayanan kesehatan di masyarakat
- 4) Menentukan determinan masalah kesehatan masyarakat meliputi tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, ras, letak geografis, kebiasaan/perilaku dan kepercayaan yang dianut.

Dalam menentukan prioritas masalah kita harus mempertimbangkan beberapa faktor seperti:

1. Berat masalah dan akibat yang ditimbulkannya
2. Pertimbangan politis
3. Sumber daya yang ada di masyarakat.

2. Mengembangkan komponen promosi kesehatan

a. Menentukan tujuan promosi kesehatan

Agar tujuan promosi kesehatan dapat dicapai dan dijalankan sesuai dengan apa yang diinginkan, maka tujuan harus dibuat dengan persyaratan sebagai berikut :

- 1) Specific
- 2) Measurable
- 3) Appropriate
- 4) Reasonable
- 5) Time bound

Menurut Green tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yaitu:

a. Tujuan program (Program Objective)

Merupakan pernyataan apa yang akan dicapai dalam periode tertentu dengan status kesehatan. Pada tujuan ini harus mencakup who will do how much of what by when. Tujuan program sering disebut dengan tujuan jangka panjang.

b. Tujuan pendidikan (Educaional Objective)

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada. Oleh sebab itu tujuan pendidikan sering disebut dengan tujuan jangka menengah.

c. Tujuan perilaku (Behavioral objective)

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan. Oleh sebab itu tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap dan disebut dengan tujuan jangka pendek.

b. Menentukan sasaran promosi kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dan sasaran pendidikan kesehatan tidak selalu sama, oleh sebab itu kita harus menetapkan sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Didalam promosi kesehatan yang dimaksud adalah kelompok sasaran yaitu individu, kelompok maupun keduanya.

c. Menentukan isi promosi kesehatan

Isi promosi kesehatan harus dibuat sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh sasaran. Bila perlu isi pesan dibuat dengan menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga sasaran merasa bahwa pesan tersebut memang benar-benar ditujukan untuknya sebagai akibatnya sasaran mau melaksanakan isi pesan tersebut.

d. Menentukan metode yang akan digunakan

Menentukan metode dalam promosi kesehatan harus dipertimbangkan tentang aspek yang akan dicapai. Bila mencakup aspek pengetahuan maka dapat dilakukan dengan cara penyuluhan langsung, pemasangan poster, spanduk, penyebaran leaflet. Untuk aspek sikap maka kita perlu memberikan contoh konkret yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap sasaran. Bila untuk kemampuan ketrampilan tertentu maka sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba ketrampilan tersebut.

e. Menentukan media yang akan digunakan

Teori pendidikan mengatakan bahwa belajar yang paling mudah adalah dengan menggunakan media, oleh karena itu hampir semua program pendidikan kesehatan selalu menggunakan berbagai media. Media yang dipilih harus tergantung pada sasarannya, tingkat pendidikannya, aspek yang ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumber data yang ada.

f. Menentukan rencana evaluasi

Disini baru dijabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran yang mana akan dievaluasi dan siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.

g. Menyusun jadwal pelaksanaan

Merupakan penjabaran dari waktu tempat dan pelaksanaan yang biasanya disajikan dalam bentuk gan chart.

5. Implementasi Perencanaan Program Promosi Kesehatan Dengan Masalah Obesitas Pada Anak Sekolah Umur 5-12 Tahun Di Sekolah Dasar, Kota X

A. Mengenal Masalah, Masyarakat & Wilayah

1. Diagnosis Epidemiologi

a. Prevalensi Gemuk dan Obesitas pada Anak di Dunia

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mercedes de Onis, Monika Blossner, and Elaine Borghi pada tahun 2010 dalam *The American Journal of Clinical Nutrition*, diperoleh hasil bahwa estimasi prevalensi obesitas pada anak di dunia tahun 2015 paling tinggi terjadi di benua Afrika dan yang kedua adalah Asia. Dari penelitian, diketahui bahwa estimasi prevalensi obesitas pada anak selalu mengalami kenaikan. Di Asia khususnya Asia Tenggara, prevalensi anak sekolah dengan obesitas pada tahun 2015 adalah sebesar 5,6 %, angka tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2010 yaitu sebesar 4,6%. Penelitian tersebut menyatakan bahwa angka tersebut diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2020 yaitu sebesar 6,7%.

b. Prevalensi Gemuk dan Obesitas pada Anak di Indonesia

Status Gizi anak umur 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok umur yaitu 5-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun. Secara nasional masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Prevalensi gemuk terendah di Nusa Tenggara Timur (8,7%) dan tertinggi di DKI Jakarta (30,1%). Sebanyak 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk diatas nasional, yaitu Kalimantan Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Timur, Bali, Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Jambi, Papua, Bengkulu, Bangka Belitung, Lampung dan DKI Jakarta (Risksdas, 2013).

Prevalensi gemuk pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia sebesar 10.8 persen, terdiri dari 8,3 persen gemuk dan 2,5 persen sangat gemuk (obesitas). Sebanyak 13 provinsi dengan prevalensi gemuk diatas nasional, yaitu Jawa Timur, Kepulauan Riau, DKI, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Timur, Lampung, Sulawesi Utara dan Papua (Risikesdas, 2013).

Prevalensi gemuk pada remaja umur 16 – 18 tahun sebanyak 7,3 persen yang terdiri dari 5,7 persen gemuk dan 1,6 persen obesitas. Provinsi dengan prevalensi gemuk tertinggi adalah DKI Jakarta (4,2%) dan terendah adalah Sulawesi Barat (0,6%). Lima belas provinsi dengan prevalensi sangat gemuk diatas prevalensi nasional, yaitu Bangka Belitung, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Banten, Kalimantan Tengah, Papua, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Gorontalo, DI Yogyakarta, Bali, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara dan DKI Jakarta (Risikesdas 2013).

c. Prevalensi Gemuk dan Obesitas di Provinsi DKI Jakarta

Sementara itu, proporsi gemuk dan obesitas pada kelompok anak berusia 5-18 tahun di Provinsi DKI Jakarta adalah sebagai berikut :

Tabel 1 Prevalensi Status Gizi usia 5-12 tahun di Provinsi DKI Jakarta

Prevalensi status gizi IMT/U usia 5 – 12 tahun menurut kabupaten/kota, Risikesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi IMT/U (%)					Jumlah
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
Kepulauan Seribu	8,5	3,7	60,5	13,9	13,4	100,0
Jakarta Selatan	3,8	5,8	59,8	15,6	15,0	100,0
Jakarta Timur	3,6	5,7	66,1	12,6	12,0	100,0
Jakarta Pusat	6,8	5,5	58,0	14,7	15,0	100,0
Jakarta Barat	4,4	6,8	54,7	18,2	15,9	100,0
Jakarta Utara	3,0	7,5	56,7	19,9	12,9	100,0
DKI JAKARTA	4,0	6,3	59,6	16,1	14,0	100,0
INDONESIA	4,0	7,2	70,0	10,8	8,0	100,0

Tabel 2 Prevalensi Status Gizi usia 13-15 tahun di Provinsi DKI Jakarta

Proporsi kekurusan IMT/U usia 13 – 15 tahun menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi IMT/U					Jumlah (%)
	Sangat Kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Gemuk (%)	Obesitas (%)	
Kepulauan Seribu	2,8	5,5	71,6	17,5	2,5	100,0
Jakarta Selatan	1,7	4,9	78,4	6,3	8,7	100,0
Jakarta Timur	1,4	7,3	73,7	12,6	5,1	100,0
Jakarta Pusat	1,8	5,9	71,2	16,5	4,7	100,0
Jakarta Barat	1,5	7,5	78,2	9,0	3,8	100,0
Jakarta Utara	3,1	10,5	76,0	4,3	6,2	100,0
DKI JAKARTA	1,8	7,2	75,9	9,4	5,7	100,0
INDONESIA	3,3	7,8	78,0	8,3	2,5	100,0

Tabel 3 Prevalensi Status Gizi usia 16-18 tahun di Provinsi DKI Jakarta

Prevalensi status gizi IMT/U usia 16 – 18 tahun menurut kabupaten/kota, Riskesdas 2013

Kabupaten/Kota	Status Gizi IMT/U					Jumlah (%)
	Sangat Kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Gemuk (%)	Obesitas (%)	
Kepulauan Seribu	0,0	6,9	79,7	9,6	3,8	100,0
Jakarta Selatan	7,0	10,8	69,1	3,8	9,3	100,0
Jakarta Timur	1,1	8,3	75,0	8,4	7,3	100,0
Jakarta Pusat	,5	8,4	76,8	10,2	4,1	100,0
Jakarta Barat	,6	10,5	79,7	8,4	,9	100,0
Jakarta Utara	3,1	5,7	84,3	6,3	,6	100,0
DKI JAKARTA	2,3	8,8	77,4	7,3	4,2	100,0
INDONESIA	1,9	7,5	83,2	5,7	1,7	100,0

Dari data pada ketiga tabel diatas, maka kelompok kami menyimpulkan bahwa intervensi program perencanaan promosi kesehatan dengan masalah obesitas akan dilakukan di Provinsi DKI Jakarta pada anak sekolah umur 5-12 di Kota X).

2. Diagnosis Sosial

a. Tingkat Kesejahteraan Keluarga

Tabel 4 Prevalensi status gizi IMT/U usia 5-12 tahun menurut kuintil indeks kepemilikan

Karakteristik responden	Status gizi menurut IMT/U					Jumlah (%)
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
	%	%	%	%	%	
Kuintil indeks kepemilikan						
Terbawah	4,7	8,5	66,4	15,2	5,2	100,0
Menengah bawah	3,4	5,9	59,6	17,0	14,1	100,0
Menengah	3,3	5,7	66,8	13,5	10,7	100,0
Menengah atas	6,2	8,1	53,1	16,2	16,3	100,0

Teratas	2,8	3,7	51,6	19,2	22,7	100,0
---------	-----	-----	------	------	------	-------

Sumber : Riskesdas, 2013

b. Jenis Pekerjaan KK

Tabel 5 Prevalensi status gizi IMT/U usia 5-12 tahun menurut pekerjaan KK

Karakteristik Responden	Status Gizi Menurut IMT/U (%)					Jumlah
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas	
Pekerjaan KK	%	%	%	%	%	%
Tidak bekerja	3,9	3,6	65,9	18,5	8,1	100,0
Sekolah	3,6	5,0	58,2	16,4	16,8	100,0
Pegawai	3,7	8,1	59,7	14,0	15,0	100,0
Wiraswasta	3,8	5,9	58,8	18,9	10,2	100,0
Petani/nelayan/buruh	3,9	11,6	64,1	13,2	4,3	100,0
Lainnya	3,10	3,6	65,9	18,5	8,1	100,0

Sumber : Riskesdas, 2013

3. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

a. Perilaku

1) Aktivitas sehari-hari

Dalam RISKESDAS 2013 ini kriteria aktifitas fisik "aktif" adalah individu yang melakukan aktifitas fisik berat atau sedang atau keduanya, sedangkan kriteria 'kurang aktif' adalah individu yang tidak melakukan aktifitas fisik baik sedang ataupun berat. Proporsi penduduk di Kota X yang melakukan aktivitas fisik secara aktif sebesar 45,6 %, lebih rendah dibandingkan dengan penduduk yang kurang aktif dalam melakukan aktivitas fisik yaitu sebesar 54,4%.

Perilaku sedentari adalah perilaku duduk-duduk atau berbaring dalam sehari-hari baik di tempat kerja (kerja di depan computer, membaca, dll), di rumah (nonton TV, main game, dll), di perjalanan/ transportasi (bis, kereta, motor), tetapi tidak termasuk waktu tidur (Riskesdas, 2013).

Penelitian di Amerika tentang perilaku sedentari yang menggunakan nilai cut of point <3 jam, 3- 5.9 jam, ≥ 6jam, menunjukkan bahwa pengurangan aktifitas sedentari sampai dengan < 3 jam dapat meningkatkan umur harapan hidup sebesar 2 tahun (Katzmarzyk, P & Lee, 2012).

Berdasarkan data RISKESDAS 2013, proporsi penduduk di Kota Jakarta Barat yang melakukan aktivitas sedentari adalah 58,6% (<3 jam), 33,4% (3-5.9 jam), dan 8,1% (\geq 6jam). Sementara itu, proporsi penduduk berdasarkan aktivitas sedentari menurut karakteristik umur 10-14 tahun adalah 37,6% (<3jam), 48,4% (3-5.99 jam), dan 13,9% (\geq 6 jam). Perilaku sedentari merupakan perilaku berisiko terhadap salah satu terjadinya penyakit penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung dan bahkan mempengaruhi umur harapan hidup.

2) Pola Konsumsi Makanan Berisiko

Perilaku mengonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, dibakar/panggang, diawetkan, berkafein, dan berpenyedap adalah perilaku berisiko penyakit degeneratif. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan sering apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari (Risksedas,2013).

Proporsi penduduk Kota Jakarta dengan perilaku konsumsi makanan berisiko berdasarkan data RISKESDAS (2013), adalah sebagai berikut 56,9% (manis), 42,7% (berlemak), dan 67,3% (penyedap). Sementara itu, proporsi penduduk dengan perilaku konsumsi tertentu berdasarkan karakteristik umur 10-14 tahun adalah 65,1 % (manis), 53,6 (berlemak), dan 80,4 % (penyedap).

Selain kebiasaan makan makanan manis, berlemak, dan berpenyedap, perilaku mengonsumsi makanan dengan jumlah karbohidrat tinggi juga merupakan faktor pemicu terjadinya obesitas. Berdasarkan data RISKESDAS (2013), perilaku penduduk Kota X terhadap konsumsi makanan olahan dari tepung adalah sebagai berikut 11,3% (mie instant), 4,6% (mie basah), 20,9 % (roti), dan 16,1% biskuit). Sementara itu, proporsi penduduk dengan perilaku konsumsi makanan olahan dari tepung menurut karakteristik umur 10-14 tahun adalah 18,0 % (mie instant), 6,0 % (mie basah), 28,0 % (roti), dan 26,6% biskuit).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta, terjadi peningkatan kecenderungan penduduk dalam mengonsumsi makanan dan minuman saji, yaitu tahun 2012 sebanyak 35,70 % menjadi 42,95 % pada tahun 2013. Sementara, pada tahun yang sama terjadi sedikit peningkatan jumlah konsumsi sayur-sayuran yaitu sebanyak 5,80 % (2012) menjadi 5,84 % (2013). Penurunan terjadi pada kecenderungan penduduk mengonsumsi buah-buahan, yaitu 5,97 % pada tahun 2012, menjadi 4,84% pada tahun 2013.

b. Lingkungan

1) Jumlah restoran cepat saji

Semakin banyak toko dan resoran yang menjual makanan siap saji, menjadi salah satu lingkungan yang sangat mendukung terjadinya obesitas di daerah X. Beberapa toko dan restoran cepat saji yang ada di X, seperti alfamart (20 cabang), indomart (19 cabang), KFC (17 cabang), MCD (3 cabang), dll.

2) Jumlah Sekolah Dasar

Menurut data dari Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta, pada tahun 2013 terdapat 456 Sekolah Dasar Negeri dan 222 Sekolah Dasar Swasta di Kota X.

3) Jumlah Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan data Pemerintah Kota Administrasi X tahun 2015, terdapat 63 puskesmas dan 21 Rumah Sakit di Kota X.

4) Fasilitas Olahraga

Berdasarkan data Pemerintah Kota Administrasi X tahun 2015, terdapat dua lokasi yang dapat digunakan untuk berolahraga, yaitu Gelanggang Remaja Kota X yang berlokasi di Jl. Dr. Nurdin No.1 Kelurahan A, Kecamatan B, Kotamadya X. Fasilitas yang tersedia adalah : Auditorium kapasitas 600, gedung kesenian, kolam renang, gedung olahraga, parkir, dan taman. Fasilitas olahraga yang kedua berlokasi di Kelurahan S , Kecamatan W, Kotamadya X, dengan fasilitas yang tersedia adalah : arena senam, kantin, lapangan bola volley, lapangan bulu tangkis, panggung / podium, ruang fitness, ruang ibadah / mushola, ruang kantor / pengelola / sekretariat, ruang sekretariat induk olahraga, toilet, dan parkir.

4. Diagnosis Pendidikan dan Organisasional

a. Faktor Predisposing

Pengetahuan orang tua terhadap pola hidup sehat merupakan salah satu faktor predisposing yang dapat mempengaruhi terjadinya obesitas pada anak sekolah. Berikut adalah tabel mengenai hubungan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh KK terhadap status gizi anak sekolah menurut IMT/U :

Tabel 6 Hubungan status gizi anak umur 5-12 tahun dengan karakteristik responden pendidikan KK

Karakteristik responden	Status Gizi Menurut IMT/U
-------------------------	---------------------------

	Sangat kurus (%)	Kurus (%)	Normal (%)	Gemuk (%)	Obesitas (%)	Jumlah (%)
Pendidikan KK						
Tidak pernah sekolah	0,0	3,2	93,7	3,1	0,0	100,0
Tidak tamat SD	8,4	9,8	59,9	12,8	8,4	100,0
Tamat SD	5,6	5,2	63,2	15,9	5,6	100,0
Tamat SLTP	1,8	8,7	59,5	19,2	1,8	100,0
Tamat SLTA	4,2	5,7	61,1	15,1	4,2	100,0
Tamat D1-D3/PT	4,3	4,9	47,8	16,7	4,3	100,0

b. Faktor Enabling

- 1) Kantin Sekolah
- 2) UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)
- 3) Fasilitas Olahraga (lapangan, peralatan olahraga : bola, raket, dll)

c. Faktor Reinforcing

- 1) Belum terlaksananya kegiatan fisik diluar jam pelajaran secara maksimal yang melibatkan gerak tubuh seperti jalan sehat, senam, atau kegiatan ekstrakurikuler.
- 2) Belum adanya aturan yang mengatur variasi jajanan di kantin sekolah.
- 3) Kurangnya kontrol dari orang tua mengenai menu makanan dan aktivitas fisik di luar sekolah.

5. Diagnosis Administrasi dan Kebijakan

Untuk mengatasi permasalahan obesitas yang terjadi pada anak sekolah di Indonesia, pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan RI menerbitkan buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah. Buku tersebut diterbitkan berdasarkan Undang undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa Pembangunan di bidang gizi diarahkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses serta mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.

B. Menetapkan Prioritas

1. Beratnya masalah dan akibat yang ditimbulkan

Menurut Kemenkes RI (2012), kegemukan dan obesitas pada anak berisiko berlanjut ke masa dewasa, dan merupakan faktor risiko terjadinya berbagai penyakit metabolik dan degeneratif seperti penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus, kanker, osteoarthritis, dll. Pada anak, kegemukan dan obesitas juga dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan yang sangat merugikan kualitas hidup anak seperti gangguan pertumbuhan tungkai kaki, gangguan tidur, sleep apnea (henti napas sesaat) dan gangguan pernafasan lain.

2. Pertimbangan politis

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni Indonesia Sehat 2010 telah ditetapkan sejumlah misi, strategi, pokok-pokok program serta program-programnya. Salah satu program yang dimaksud adalah Program Usaha Kesehatan Sekolah. UU No. 23 tahun 1992 pasal 45 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah wajib diselenggarakan di sekolah dimana salah satu program unggulannya adalah program Dokter Kecil (Depkes RI, 2008 dalam Wahyuni, 2013).

3. Sumber daya yang ada di masyarakat

- a. Sumber daya manusia : Kepala Sekolah, Ketua Komite Sekolah, Guru, Petugas Kesehatan (Puskesmas), Murid, Orang Tua/ Wali Murid.
- b. Fasilitas : Gedung sekolah, UKS (Unit Kesehatan Sekolah), Kantin Sekolah, lapangan atau halaman sekolah, timbangan (peralatan antropometri), dan peralatan olahraga.
- c. Sumber dana : Puskesmas, sekolah, dan iuran orang tua/wali murid.

C. Menetapkan Tujuan Program Promkes

1. Tujuan Program (Jangka Panjang)

Prevalensi kegemukan dan obesitas yang terjadi pada anak sekolah umur 5-12 tahun di Kota X menurun 50% setelah promosi kesehatan berjalan 5 tahun.

2. Tujuan Pendidikan (Jangka Menengah)

- a. Kecenderungan melakukan aktivitas fisik sedang hingga berat minimal 1 jam/hari meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan 3 tahun.
- b. Kecenderungan melakukan aktivitas sedentari <2 jam/hari meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan 3 tahun.

- c. Kecenderungan mengonsumsi makanan manis, berlemak, berpenyedap, siap saji (*junk food*), dan makanan olahan dari tepung menurun 75% setelah promosi berjalan 3 tahun.

3. Tujuan Perilaku (Jangka Pendek)

Pengetahuan guru dan orang tua siswa tentang pola hidup sehat untuk mencegah kegemukan dan obesitas pada anak sekolah meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan 6 bulan.

D. Menetapkan Sasaran Program Promkes

1. Sasaran Primer

- a. Siswa dan siswi Sekolah Dasar di Kota X kelas 1-6

2. Sasaran Sekunder

- a. Guru Sekolah Dasar di Kota X kelas 1-6
- b. Orangtua/ wali murid siswa dan siswi Sekolah Dasar di Kota X kelas 1-6

3. Sasaran Tersier

- a. Ketua Komite Sekolah Dasar di Kota X
- b. Kepala Sekolah Dasar di Kota X
- c. Petugas Kesehatan di Puskesmas Kota X

E. Menetapkan Isi Program Promkes

1. Menjelaskan definisi dan dampak obesitas
2. Menjelaskan cara melakukan skrining terhadap obesitas (cara menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT) pada anak sekolah)
3. Menjelaskan tentang tanda gejala obesitas
4. Menjelaskan penyebab obesitas
5. Menjelaskan cara melakukan pencegahan dan penanganan obesitas

F. Menetapkan Metode yang Akan Digunakan

1. Ceramah

Metode ceramah digunakan untuk memberikan edukasi pada orang tua/wali murid mengenai pola perilaku hidup sehat untuk mencegah terjadinya kegemukan dan obesitas pada anak. Edukasi yang diberikan terhadap orang tua/wali murid dilakukan langsung oleh petugas kesehatan (Puskesmas). Selain itu, metode ceramah juga digunakan untuk memberikan pengajaran terhadap siswa mengenai pola perilaku hidup sehat, dan materi akan disampaikan oleh guru.

2. Konseling

Metode konseling ditujukan bagi orang tua/wali murid yang anaknya mengalami kegemukan atau obesitas. Sehingga dapat segera dilakukan intervensi khusus untuk menangani masalah tersebut.

3. Behavior Modelling

Behavior modeling dilakukan oleh guru untuk memberikan contoh terhadap muridnya agar membiasakan diri menjalankan perilaku hidup sehat. Selain itu, behavior modeling juga dilakukan oleh siswa yang bertugas menjadi **dokter kecil** untuk memberikan contoh kepada teman-temannya mengenai pola perilaku hidup sehat.

4. Media massa

Media massa digunakan untuk memberikan edukasi dan motivasi kepada seluruh anggota sekolah agar senantiasa menjalankan perilaku hidup sehat untuk mencegah kegemukan dan obesitas.

G. Menetapkan Media Yang Akan Digunakan

1. Ceramah : Laptop, Projector, dan Microphone.
2. Konseling : Leaflet atau lembar balik
3. Media massa : Poster dan Banner

H. Menyusun Rencana Pelaksanaan Program Promkes

Renacana kegiatan program promkes untuk mencegah dan mengatasi masalah kegemukan dan obesitas pada anak sekolah umur 5-12 tahun (tingkat Sekolah Dasar) di X adalah sebagai berikut :

1. Kegiatan : Melakukan pendekatan kepada sasaran tersier (komite, kepala sekolah, dan puskesmas) untuk memberikan dukungan terhadap program promkes yang akan dilaksanakan.

Tempat : Sekolah Dasar Negeri/Swasta di Kota X dan Puskesmas yang bertanggung jawab pada wilayah tersebut.

Waktu : 1-15 Desember 2015.
2. Kegiatan : Memberikan edukasi kepada sasaran sekunder (guru) untuk menjadi *role model* pola perilaku hidup sehat dan membantu melakukan pengawasan selama program promkes dilaksanakan.

Tempat : Sekolah Dasar Negeri/Swasta di Kota X.

Waktu : 15-20 Desember 2015.

3. Kegiatan : Melakukan pengukuran IMT/U pada anak Sekolah Dasar di Kota X (umur 5-12 tahun) mulai dari kelas 1-6, dengan melibatkan sasaran sekunder (guru).

Tempat : UKS Sekolah Dasar Negeri/Swasta di Kota X.

Waktu : 21 Desember 2015.

Jika ditemukan anak sekolah dengan status gizi gemuk atau obesitas, maka anak dirujuk ke puskesmas untuk pemeriksaan lebih lanjut.

4. Kegiatan : Memberikan edukasi kepada orang tua/ wali murid mengenai pola hidup sehat untuk mencegah dan mengatasi masalah kegemukan dan obesitas pada anak oleh petugas kesehatan puskesmas setempat.

Tempat : Gedung Sekolah atau Ruang Kelas

Waktu : 24 Desember 2015 (bersamaan dengan penerimaan rapor siswa dan dilakukan berkala tiap 6 bulan sekali)

5. Kegiatan : Memberikan pendidikan kepada anak sekolah mengenai pola perilaku hidup sehat untuk mencegah kegemukan dan obesitas oleh guru.

Tempat : Halaman Sekolah dan Ruang Kelas

Waktu : Bersamaan dengan upacara bendera pada hari senin, atau pada saat jam pelajaran.

6. Kegiatan : Melaksanakan kegiatan senam pagi atau jalan sehat seminggu sekali diluar jam olahraga, yang diikuti oleh murid dan guru.

Tempat : Halaman Sekolah atau lingkungan sekitar sekolah

Waktu : Setiap minggu pada hari Jum'at atau Sabtu pagi pk. 07.00-08.30

7. Kegiatan : Sosialisasi pengembangan program “dokter kecil” untuk melakukan kegiatan seperti :

- a. Memberikan penyuluhan pada kawan-kawannya atau murid yang lain mengenai pola perilaku hidup sehat untuk mencegah kegemukan atau obesitas.

- b. Mengawasi dan saling mengingatkan tentang perilaku hidup sehat sesama teman/ murid lain.
- c. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan temannya secara berkala.

Tempat : UKS (Unit Kesehatan Sekolah)

Waktu : 21 Desember 2015 (selanjutnya kegiatan dokter kecil untuk memberikan penyuluhan, pengawasan, serta saling mengingatkan teman yang lain dilakukan setiap saat secara terus menerus. Sementara kegiatan menimbang BB dan mengukur tinggi badan dilakukan seminggu sekali pada hari Jum'at/Sabtu).

8. Kegiatan : Melakukan advokasi mengenai perbaikan kantin sekolah terutama pada variasi jajanan yang dijual, agar menyediakan jajanan yang sehat dan bergizi sehingga dapat mencegah terjadinya kegemukan atau obesitas pada anak sekolah.

Tempat : Kantin Sekolah

Waktu : 21 Desember 2015 (selanjutnya kantin diharapkan menyediakan jajanan yang sehat bagi anak sekolah secara terus menerus)

9. Kegiatan : Memasang media promkes di lingkungan sekolah.

Tempat : Ruang Kelas, Halaman Sekolah, UKS

Waktu : 21 Desember 2015 (selanjutnya media dipasang terus menerus)

I. Menyusun Rencana Evaluasi

Monitoring dan evaluasi pencegahan dan penanggulangan kegemukan dan obesitas pada anak sekolah merupakan bagian penting dari upaya perbaikan gizi yang bertujuan untuk menyediakan informasi yang diperlukan bagi pengelolaan, evaluasi dan peningkatan kualitas program (Kemenkes RI, 2012). Berikut adalah uraian rencana evaluasi yang akan dilaksanakan untuk mencegah dan menanggulangi kegemukan dan obesitas pada anak Sekolah Dasar (umur 5-12 tahun), di Kota X :

1. Aspek yang dipantau

a. Input

Aspek yang dipantau dalam hal ini adalah : jumlah tenaga kesehatan yang terlatih, kelengkapan alat, metode dan materi yang akan digunakan untuk melaksanakan promkes.

b. Process

Aspek proses yang perlu dipantau adalah : jenis kegiatan, frekuensi kegiatan, tujuan kegiatan, dan umpan balik.

c. Output

Terlaksananya kegiatan pencegahan dan penanggulangan kegemukan dan obesitas pada anak sekolah, serta terjadi penurunan prevalensi kegemukan dan obesitas pada anak sekolah umur 5-12 tahun.

2. Pelaksana Evaluasi

- a. Puskesmas
- b. Komite Sekolah
- c. Kepala Sekolah dan Guru

3. Tempat Evaluasi

Sekolah Dasar Negeri maupun Swasta di Kota Jakarta Barat

4. Waktu Evaluasi

- a. 6 bulan sekali oleh petugas puskesmas setempat.
- b. 3 bulan sekali oleh Komite Sekolah.
- c. 1 bulan sekali oleh Kepala Sekolah.
- d. 1 minggu sekali oleh guru untuk memeriksa laporan hasil penimbangan berat badan murid oleh petugas dokter kecil.

5. Instrumen Evaluasi

Dalam pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi digunakan intrumen sebagai berikut :

No	Informasi	Jawab		Keterangan
		Ya	Tidak	
I	Input			
1.	Tenaga pelaksana terlatih			
2.	Tersedianya alat antropometri			
3.	Tersedianya media promosi kesehatan			
4.	Tersedianya formulir pencatatan dan pelaporan			

II	Process			
1.	Kegiatan Penemuan dan Tatalaksana Kasus Kegemukan dan Obesitas. - Penemuan kasus di sekolah - Tatalaksana kasus di puskesmas			
2.	Kegiatan Pencegahan Kegemukan dan Obesitas di Sekolah - Senam/jalan sehat pada hari Sabtu - Edukasi murid oleh guru tentang pola perilaku hidup sehat - Edukasi orang tua/wali murid oleh tenaga kesehatan tentang pola perilaku hidup sehat untuk mencegah kegemukan dan obesitas pada anak. - Adanya program dokter kecil yang mendukung upaya pencegahan kegemukan dan obesitas.			
III	Output			
1	Peningkatan pengetahuan murid dan orang tua/wali murid mengenai pola perilaku hidup sehat untuk mencegah kegemukan dan obesitas.			
2	Variasi jajanan yang tersedia dikantin merupakan jajanan yang sehat dan bergizi.			
3	Tersedia media promosi kesehatan yang dipasang di area sekolah seperti poster atau banner.			
4	Perubahan perilaku murid Sekolah Dasar dalam upaya pencegahan kegemukan dan obesitas.			

6. Indikator Keberhasilan

Penurunan persentase anak sekolah dengan kegemukan dan obesitas.

7. Tindak Lanjut Hasil Evaluasi

Hasil evaluasi ini dibahas dalam pertemuan orang tua murid, guru dan pihak puskesmas setempat dalam rangka menentukan langkah atau kebijakan tindak lanjut dari program penanggulangan kegemukan dan obesitas.

Daftar Pustaka

Kholid, A. 2015. Promosi Kesehatan Dengan endekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya. Jakarta : Rajawali Pers.

Maulana, J.D. H. 2007. Promosi Kesehatan. Jakarta : EGC

Snelling, A. 2014. Introduction To Health Promotion. United States of America : Jossey Bass.