

Model Promosi Kesehatan di Tempat Kerja Multilevel: Bagaimana Implementasinya dalam Mengubah Perilaku Pekerja? (Suatu Kajian Kepustakaan)

Multilevel Workplace Health Promotion Model: How to Change Behavior Workers? (A literature Review)

Zahtamal^{*}, Wasilah Rochmah^{**}, Yayi Suryo Prabandari^{***}, Lientje K Setyawati^{****}

^{*}Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat-Kedokteran Komunitas FK Universitas Riau.

^{**}Bagian Ilmu Penyakit Dalam, FK Universitas Gadjahmada /RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

^{***}Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK Universitas Gadjahmada.

^{****}Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan FK Universitas Gadjahmada.

Abstrak

Konsekuensi dari penyakit-penyakit yang sering dialami oleh pekerja merupakan kerugian besar bagi perusahaan dan pekerja. Dalam rangka mengatasi persoalan penyakit pada pekerja, perlu upaya promosi kesehatan di tempat kerja, khususnya untuk mengubah perilaku. Penerapan perubahan perilaku di tempat kerja bersifat lebih kompleks. Perubahan perilaku tidak saja didorong oleh faktor-faktor individu, tetapi juga oleh peran faktor eksternal, sehingga pihak yang dijadikan sasaran *workplace health promotion* (WHP) adalah secara multilevel. Artikel ini menjelaskan rumusan model WHP multilevel yang dapat diterapkan untuk mengubah perilaku pekerja yang tidak sehat, sehingga diharapkan dapat menurunkan kesakitan dan kematian penyakit pada pekerja. Prinsip pemilihan model perubahan perilaku, perlu diperhatikan dalam merumuskan WHP secara multilevel. Hal ini dijadikan sebagai acuan memodifikasi perilaku yang akan dituju. Selanjutnya, prinsip memilih strategi dan metode perubahan perilaku, disesuaikan dengan level sasaran yang diintervensi. Secara keseluruhan, prinsip-prinsip ini dirumuskan dalam sebuah acuan program WHP secara komprehensif dan dilaksanakan dengan efektif dan efisien di tempat kerja. Artikel ini dapat menjadi acuan bagi pihak yang akan mengimplementasikan WHP dengan pendekatan perubahan perilaku secara multilevel.

Kata kunci: promosi kesehatan di tempat kerja, intervensi multilevel, perilaku sehat

Abstract

The consequences of the diseases that are often occurred on workers is a huge loss for the company and the workers. In order to overcome the problem of disease, workplace health promotion (WHP) efforts are needed, in particular to change the workers behavior. The application of behavioral change in the workplace are more complex. Changes in behavior are not just driven by individual factors, but also by the role of external factors, so that the targeted WHP is a multilevel basis. This article describes the formula WHP multilevel models that can be applied to change unhealthy worker behavior. The selection model of behavior change should be considered in the formulation of a multilevel WHP. It is used as a reference to modify the behavior that will be addressed. Furthermore, the principle of selecting strategies and behavior change methods, tailored to the target level of intervention. Overall, these principles are formulated in a comprehensive reference WHP program and implemented effectively and efficiently in the workplace. This article can be a reference for those who will implement WHP with behavioral changes in a multilevel approach.

Keywords: *workplace health promotion, multilevel intervention, healthy behaviour*

¹ Alamat korespondensi: Zahtamal, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat-Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Riau. Kampus FK Unri, lantai 3, Jl. Diponegoro no 1, (Phone) +62813-71530203, e-mail: ta_mal75@yahoo.co.id

PENDAHULUAN

Data ILO menunjukkan sekitar 160 juta pekerja menjadi sakit karena bahaya di tempat kerja, dan sekitar 2,34 juta meninggal akibat penyakit dan kecelakaan yang berhubungan dengan pekerjaan (ILO, 2013^a). Selanjutnya, *National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services* tahun 2000 dalam *National Alliance for Nutrition and Activity* (NANA) (2003) menunjukkan jumlah kematian tertinggi berdasarkan penyebab pada pekerja adalah penyakit jantung sebanyak 710.760 kasus, disusul kanker 553.091 kasus dan stroke 167.661 kasus.

Konsekuensi dari penyakit akibat kerja (PAK) merupakan kerugian besar bagi perusahaan dan pekerja. Beberapa hasil penelitian telah membuktikan adanya hubungan faktor perilaku dengan kejadian PAK. Penelitian McGinnis dan Foege (1993, *cit. NANA, 2003*) menunjukkan bahwa dampak diet tidak sehat dan perilaku sedenter merupakan penyebab kematian pada pekerja, yakni 310.000-580.000 kasus, disusul perilaku merokok 260.000-470.000 kasus.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi PAK adalah promosi kesehatan di tempat kerja. *The European Network for Workplace Health Promotion* mendefinisikan WHP sebagai upaya kombinasi pekerja, perusahaan dan lingkungan untuk bersama-sama meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di tempat kerja (WHO, 2013). WHO menjelaskan bahwa WHP tidak hanya menolong pekerja mengetahui cara melindungi dirinya dari bahaya di tempat kerja, tetapi juga mengajarkan cara menjaga kesehatan dan keselamatan pekerja dengan lebih baik di tempat kerja, di rumah, dan di semua tempat. WHP bertujuan untuk memberdayakan masyarakat di tempat kerja, dalam bentuk mengenali masalah dan tingkat kesehatannya serta mampu mengatasi, memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya sendiri serta memelihara dan meningkatkan tempat kerja yang sehat (Dirjen. Kesehatan Masyarakat RI, 2001).

Penerapan perubahan perilaku di tempat kerja bersifat lebih kompleks. Perubahan perilaku tidak saja didorong oleh faktor-faktor individu, tetapi juga oleh peran faktor lingkungan. Faktor pekerja yakni faktor demografis (umur, jenis kelamin, latar belakang keluarga, tingkat sosial), faktor perilaku dan kemampuan belajar. Faktor lingkungan menyangkut komitmen dan kebijakan perusahaan, ketersediaan sarana-prasarana pendukung perilaku sehat di lingkungan kerja, dukungan sosial (dari tenaga kesehatan dan keluarga) serta implementasi program yang efektif dan efisien (Setyawati, 2010).

Berdasarkan kenyataan ini, aplikasi WHP yang digunakan dalam intervensi perubahan perilaku di

tempat kerja adalah pendekatan perubahan perilaku sehat komprehensif. Pendekatan komprehensif ini maksudnya adalah mengintegrasikan beberapa model perubahan perilaku dalam satu konteks yang lebih menyeluruh, sehingga dalam hal ini banyak pihak dan prediktor yang dilibatkan dan dijadikan tolak ukur keberhasilan perubahan perilaku tersebut. Pihak yang dijadikan sasaran dan subjek promosi kesehatan kerja adalah secara multilevel.

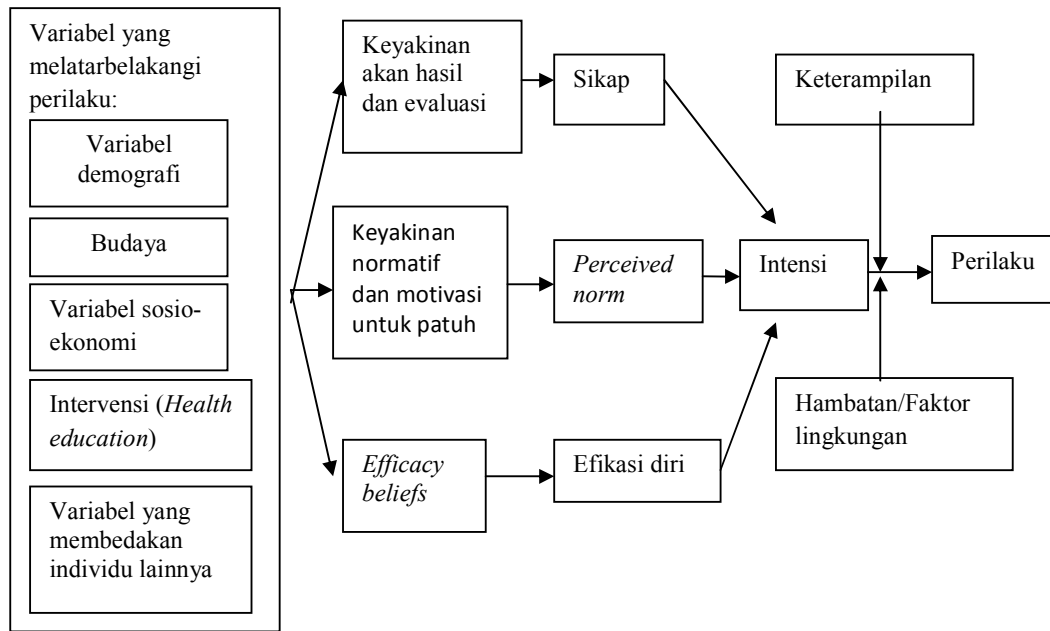
Berdasarkan permasalahan di atas, diketahui bahwa salah satu penyebab kasus kesakitan dan kematian pekerja adalah gaya hidup tidak sehat. Walaupun di beberapa perusahaan sudah dilakukan upaya kesehatan kerja, akan tetapi hasilnya belum maksimal. Tulisan ini akan menjelaskan rumusan model WHP multilevel yang dapat diterapkan untuk mengubah gaya hidup atau perilaku pekerja yang tidak sehat, sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit pada pekerja.

MASALAH DAN PEMBAHASAN

Modifikasi perilaku diarahkan untuk perilaku pencegahan sebelum maupun setelah menderita suatu penyakit. Sampai saat ini tidak ada satupun teori yang secara utuh dapat mengungkap keterlibatan faktor perilaku terhadap terbentuknya gaya hidup sehat seseorang. Gibson *et al.* (2005) menyatakan bahwa perilaku manusia sangat rumit untuk dijelaskan dengan suatu generalisasi yang berlaku bagi semua orang, akan tetapi, pada umumnya disetujui bahwa untuk mengubah suatu variabel psikologis diperlukan diagnosis mendalam, pelaksanaan, evaluasi, dan modifikasi. Oleh karena itu, tidak ada metode yang disetujui bersama yang dapat mengubah kepribadian, sikap, persepsi, keyakinan, dan lain-lain.

Untuk menghadapi dan mengubah perilaku pekerja dalam organisasi kerja, diperlukan suatu kajian untuk merancang kerangka kerja atau model yang tepat dan efisien. Salah satu model perubahan perilaku yang dapat digambarkan di sini adalah model *integrative* yang dirumuskan oleh Fishbein dan Ajzen's: (lihat gambar 1).

Berdasarkan model pada gambar 1, terdapat tiga faktor utama yang menentukan intensi seseorang, yaitu sikap, persepsi normatif, dan efikasi diri. Sikap seseorang merupakan evaluasi apakah ia akan berpihak/suka atau tidak terhadap sesuatu yang akan dia lakukan. Persepsi normatif (norma-norma yang dirasakan) merupakan ada atau tidaknya tekanan sosial yang diharapkan ketika melakukan suatu perilaku, di mana ada dua aspek, yaitu *injunctive* dan penggambaran dari norma tersebut. Selanjutnya efikasi diri merupakan keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan serangkaian tindakan yang dibutuhkan untuk mengelola situasi yang prospektif.



Gambar 1. Kerangka *integrative model* dalam memprediksi perilaku [sumber: Ajzen's (2010, cit. Yzer, 2012)]

Pendekatan beberapa teori digunakan dalam pengembangan model WHP multilevel. Teori sosial kognitif dari Bandura digunakan untuk menjelaskan bahwa perilaku seseorang terbentuk dari adanya proses belajar. Berdasarkan teori tersebut, perilaku dapat berubah apabila ada perubahan kognitif (kesadaran, pengetahuan seseorang tentang cara melakukan) dan sosial (adanya dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan). Pengetahuan, kesadaran dan keterampilan juga ditemukan sebagai determinan yang relevan diawal studi pencegahan perilaku (Kremers *et al.*, 2006).

Beberapa studi yang menggunakan pendekatan *social cognitive theory*, menemukan efek dari faktor lingkungan dan menjadi kekuatan penyeimbang perilaku terkait (Kremers *et al.*, 2006). Faktor lingkungan tersebut antara lain; ketersediaan sarana-prasarana (misalnya ketersediaan sarana olahraga dan berbagai makanan sehat), komitmen manajemen dan dukungan organisasi (masalah kesehatan dimasukkan dalam kebijakan perusahaan, dan lain-lain), dukungan sosial (keluarga, rekan kerja), kebijakan perusahaan (seperti kebijakan kantin perusahaan). Selain itu, untuk mengatasi hambatan dari niat menjadi perilaku, peluang lingkungan harus difasilitasi oleh pihak pengambil keputusan dalam rangka menciptakan lingkungan yang memungkinkan pekerja untuk mengubah perilaku terkait (Brug *et al.*, 2005).

Prinsip teori (sosial) ekologi oleh Moos Tahun 1979 dan Bronfenbrenner tahun 1980 (Glanz *et al.*, 2008) juga digunakan dalam pengembangan model ini, yakni menggunakan intervensi secara multilevel untuk mengubah perilaku pekerja, yakni di level; individu,

keluarga, kelompok dan lingkungan/organisasi. Selanjutnya, *The Integrative Model of Behavioral Prediction* oleh Fishbein dan Ajzen's (2010, cit. Yzer, 2012) digunakan untuk menjelaskan faktor determinan apa saja yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya, antara lain Brug *et al.* (2005) dan Ramdan (2011) yang melihat bahwa sikap, norma subjektif dan efikasi diri telah diidentifikasi sebagai prediktor yang relevan untuk membuat seseorang melakukan aktivitas fisik yang aktif dan mengonsumsi makanan sehat.

Kerangka yang menjadi panduan perubahan perilaku mengacu pada *The Precaution Adoption Process Model (PAPM)*. Teori PAPM menjelaskan bagaimana proses seseorang sampai pada keputusan untuk melakukan aksi tertentu dan mentranslasikan keputusannya menjadi aksi. Proses tersebut melewati tahapan; tidak menyadari masalah–ketidakmauan terlibat dengan masalah–keragu-raguan akan melakukan tindakan–memutuskan untuk tidak bertindak/bertindak–dan pemeliharaan (Glanz *et al.*, 2008).

Pihak yang terlibat dalam upaya modifikasi perilaku ini adalah tim secara multidisiplin ilmu. Adapun komposisi tim tersebut melibatkan tenaga medis dan tenaga kesehatan non-medis, seperti ahli gizi, ahli kebugaran fisik (*exercise physiology*), psikolog (*behavioral psychology*), atau tenaga edukator kesehatan.

Supaya target dan tujuan WHP dapat dicapai, metode dan strategi WHP harus disesuaikan dengan level sasaran intervensi, yakni sasaran primer, sekunder maupun tersier. Menurut Depkes RI. (2008),

sasaran primer adalah individu yang mempunyai masalah kesehatan, yang diharapkan mampu dan mau berperilaku seperti yang diharapkan dan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku tersebut. Dalam konteks WHP sasaran primer adalah pekerja. Selanjutnya, sasaran sekunder adalah individu atau kelompok yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer yang diharapkan mampu mendukung pesan yang disampaikan ke sasaran primer. Dalam konteks WHP sasaran sekunder antara lain keluarga pekerja, tenaga kesehatan, kelompok/serikat pekerja, dan lain-lain. Sasaran tersier adalah para pengambil keputusan, pembuat kebijakan, para penyandang dana atau pihak-pihak yang berpengaruh di berbagai tingkatan.

Strategi yang dapat diterapkan dalam WHP pada level primer adalah gerakan pemberdayaan masyarakat. Gerakan ini pada hakikatnya adalah proses pemberian informasi secara bertahap untuk mengawal proses perubahan pada diri sasaran, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tahu menjadi mau, dan dari mau menjadi mampu mempraktikkan perilaku yang diharapkan. Berdasarkan strategi ini, metode WHP yang dapat dilakukan dapat berupa edukasi perorangan (konseling, dll.) dan edukasi berkelompok (pelatihan, ceramah, *role play*, dll.). Masing-masing metode tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan dalam membentuk perilaku seseorang. Namun, pemilihan strategi, metode, teknik dan taktik yang disesuaikan dengan kondisi sumber pembelajaran, sasaran belajar, sumber daya dalam belajar serta kondisi lingkungan adalah menjadi prinsip yang selalu diperhatikan (Suaedy, 2011). Menurut Hadi (2007), secara konsep, strategi belajar untuk menciptakan kemandirian sasaran belajar dapat juga menggunakan pendekatan yang berpusat pada peserta didik atau *student centred learning* (SCL). Beberapa metode dalam SCL antara lain; *small group discussion*, simulasi, *case study*, *self directed learning*, *collaborative learning*, *problem-based learning*, dan lain-lain.

Strategi yang dapat dikembangkan dalam implementasi WHP dengan level sasaran sekunder adalah bina suasana atau dukungan sosial. Bina suasana adalah suatu upaya untuk menciptakan lingkungan sosial yang mendorong perubahan perilaku sasaran primer. Fakhruddin (2012) menjelaskan bahwa dukungan sosial merupakan suatu transaksi interpersonal yang berhubungan dengan aspek biopsiko-sosial dalam proses aktivitas kehidupan manusia dan dalam rangka mempertahankan pemenuhan kebutuhan serta kelangsungan hidupnya terutama saat seseorang mengalami gangguan/masalah dalam hidup, termasuk masalah kesehatan. *Social cognitive theory* menyatakan bahwa efek faktor lingkungan (dukungan sosial) sebagai kekuatan penyeimbang perilaku seseorang.¹¹ Wujud nyata dari dukungan sosial yang dapat diberikan seseorang kepada orang lain dapat berupa upaya memperhatikan, menghargai dan

mencintai. Kegiatan bina suasana dapat dilakukan dalam bentuk diskusi dan *sharing* informasi, konseling, *collaborative learning*, dan lain-lain. Dalam konteks WHP, tujuan yang diharapkan dari intervensi kepada sasaran sekunder antara lain adalah membantu mengubah perilaku pekerja dan adanya pendampingan kepada pekerja dalam melakukan pengelolaan penyakit.

Selanjutnya, strategi yang dapat diterapkan dalam WHP pada level sasaran tersier adalah advokasi. Advokasi menurut Holloway dalam Syafa'at (2008) berasal dari kata *to advocate* yaitu melakukan perubahan secara terorganisir dan sistematis, biasanya dilakukan dengan cara mempengaruhi dan mendesak penguasa untuk melakukan perubahan dalam kebijakan secara bertahap dan maju. Advokasi merupakan kunci dari aktivitas WHP. Kepentingan advokasi adalah suatu upaya untuk mengingatkan pihak penguasa (pimpinan perusahaan) untuk selalu konsisten dan bertanggungjawab melindungi dan mensejahterakan seluruh warga (pekerjanya). Ini berarti sebuah tanggung jawab para pelaksana advokasi untuk ikut berperanserta dalam menjalankan fungsinya. Bahan yang disampaikan pada saat advokasi dapat berupa *resume* hasil/data survei dan naskah *policy brief*. Penggunaan *policy brief* dalam advokasi dapat menjembatani celah antara penelitian dan para pengambil kebijakan. Hal ini sesuai dengan fungsi utamanya yaitu menjelaskan dan menyampaikan urgensi suatu isu tertentu, menyajikan rekomendasi kebijakan atau implikasi suatu isu tertentu, menyajikan fakta-fakta untuk mendukung alasan di balik rekomendasi yang diberikan, dan menunjukkan kepada pembaca sumber-sumber pendukung lainnya mengenai isu tersebut. Rekomendasi dari advokasi ini pada dasarnya adalah harapan adanya peran pimpinan perusahaan untuk membantu dan mempermudah pengelolaan PAK.

Western Australian Centre for Health Promotion Research (2013) menggambarkan tahapan dalam proses promosi kesehatan, yang terdiri dari *need assessment*, *program planning*, *implementation* dan *evaluation*. Tahapan ini berlangsung secara siklikal, tidak terputus dan berlangsung secara kontinyu. Setelah proses evaluasi (evaluasi pengkajian, dampak dan hasil) proses dapat dilanjutkan kembali dengan perancangan ulang dan reimplementasi, sampai semaksimal mungkin mencapai kondisi ideal. Dalam praktiknya, tahapan ini dapat dikembangkan untuk bermacam aspek kesehatan dan berbagai tempat.

Pendekatan dan tahapan yang dijelaskan tersebut, sudah banyak diadaptasi dalam praktek WHP. Salah satunya oleh Verweij *et al.* (2009) dalam mengembangkan WHP untuk pengelolaan BB pada pekerja. Tentunya model dan tahapan tersebut dapat diadaptasi untuk bermacam persoalan kesehatan lainnya. Proses pengembangan pedoman WHP

dilakukan dengan beberapa tahapan. Pengembangan pedoman pengelolaan penyakit dan intervensi terkait dibuat secara sistematis, yang terdiri dari pengembangan protokol pedoman praktek dan pemetaan intervensi. Kedua protokol tersebut akan

memfasilitasi proses tahapan program WHP yang dikembangkan berdasarkan teori dan bukti. Protokol pengembangan program perubahan perilaku pekerja seperti Matriks 1 berikut:

Matriks 1. Protokol pengembangan metode program perubahan perilaku pada pekerja

Evaluasi	Step 1 Analisis kebutuhan (<i>need assessment</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Perencanaan dan analisis kebutuhan/masalah - Mengkaji status kesehatan, perilaku dan lingkungan kerja - Mengkaji kapasitas atau sumber daya yang ada - Merumuskan luaran dari program
	Step 2 Menyusun matriks	<ul style="list-style-type: none"> - Merumuskan perubahan-perubahan perilaku dan lingkungan yang diharapkan - Menspesifikkan tujuan jangka pendek (<i>performance objectives</i>) - Menspesifikasi tujuan jangka menengah (faktor-faktor penentu perilaku target dari kelompok pekerja yang berisiko/bermasalah) - Merancang matriks perubahan-perubahan yang objektif
	Step 3 <i>Theory-based methods and practical strategies</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mereview ide program bersama-sama dengan kelompok partisipan - Mengidentifikasi teori-teori dari metode yang akan dirancang - Pemilihan metode program - Pemilihan atau merancang strategi - Memastikan bahwa strategi sesuai dengan tujuan/objektif yang disusun
	Step 4 Program	<ul style="list-style-type: none"> - Berkonsultasi dengan partisipan yang diharapkan dan orang-orang yang akan membantu mengimplementasikan program - Mengkreasi lingkup program, urutan, tema dan daftar peralatan/material yang diperlukan (termasuk alat ukur; kuesioner) - Pengembangan desain dokumen-dokumen dan protokol - Mereview ketersediaan material/peralatan - Pengembangan material-material untuk program - Pretes material-material program pada kelompok target dan pelaksana program serta mengatur produksi dari material
	Step 5 Perencanaan adopsi dan implementasi	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi <i>adopter</i>/subjek/kelompok dan pengguna program - Menspesifikasi pihak-pihak yang menjadi sasaran, implementasi dan keberlanjutan pencapaian tujuan - Menspesifikasi faktor-faktor penentu dan merancang matriks (menilai keefektifan metode) - Memilih metode dan strategi - Merancang intervensi untuk memengaruhi pengguna program
	Step 6 Perencanaan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> - Menggambarkan program - Menggambarkan luaran program - Menulis pertanyaan-pertanyaan berdasarkan matriks - Menulis pertanyaan-pertanyaan terakit dengan proses - Mengembangkan indikator-indikator dan pengukuran - Membuat spesifikasi disain evaluasi

Langkah 1. Analisis/pengkajian kebutuhan (*need assessment*)

Analisis kebutuhan adalah kegiatan mengidentifikasi tujuan program secara keseluruhan, misalnya, secara keseluruhan maksud yang ingin dicapai oleh program (Bartholomew *et al.*, 2006). Analisis kebutuhan ini meliputi analisis terstruktur faktor risiko perilaku dan kondisi lingkungan yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan, melalui kombinasi metode, seperti kajian literatur dan wawancara dengan pemangku kepentingan yang relevan (yaitu: petugas/tenaga kesehatan/K3, pekerja dan majikan). Pencarian literatur dilakukan di

bermacam-macam referensi, dengan menggunakan kata kunci mengenai peserta (yaitu pekerja, pekerja dewasa, dokter kesehatan kerja), intervensi (yaitu uji coba terkontrol, aktivitas fisik, gizi, promosi kesehatan, pengelolaan kasus, dan lain-lain) dan hasil dari tindakan/intervensi (yakni aktivitas fisik, gizi, BB). Selain itu, ulasan literatur ilmiah dan laporan nasional dan internasional tentang pengelolaan penyakit juga diperoleh.

Analisis kebutuhan ditujukan untuk mengidentifikasi faktor personal dan lingkungan yang akan memberikan kekuatan seimbang terhadap permasalahan yang dihadapi. Pada tahapan ini dicari

dari bermacam literatur, untuk dapat menjelaskan faktor individu, yaitu perilaku yang akan memberikan dampak terhadap munculnya masalah kesehatan pada pekerja dan termasuk juga dari sisi pekerjaan. Misalnya, bermacam literatur menyebutkan bahwa pekerja yang termasuk kelompok berisiko tinggi untuk sindroma metabolik diidentifikasi, seperti: pekerja yang masih muda, pekerja *shift*, pekerja kerah biru dengan gaya hidup sedenter, perempuan dengan status sosial-ekonomi tinggi, orang-orang dengan stres kerja yang tinggi, dan wanita *postmenopause* (Suwazono *et al.*, 2008). Kelompok pekerja yang berisiko juga dapat diidentifikasi dengan karakteristik: pekerja dengan aktivitas fisik dan/atau perilaku diet yang tidak sehat, dan atau pekerja yang kelebihan berat badan. Selain itu, dalam rangka mencapai perubahan lingkungan, kelompok yang memfasilitasi perubahan perilaku antara pekerja dan pengusaha juga didefinisikan sebagai kelompok sasaran kedua yang diintervensi. Dari analisis kebutuhan ini, maka tujuan program secara keseluruhan dapat dirumuskan. misalnya; untuk merangsang aktivitas fisik sehari-hari dan perilaku diet sehat pekerja dalam rangka mengelola penyakit. Protokol yang dirancang diharapkan menjadi pedoman bagi pelaksana (petugas kesehatan/K3 dan pihak terkait), dengan penargetan pada faktor pribadi dan lingkungan.

Langkah 2. Penetapan tujuan kegiatan dan perubahan yang diinginkan

Langkah kedua adalah pemetaan intervensi, berupa penjabaran dari perubahan yang diharapkan sebagai akibat intervensi dalam beberapa tujuan program. Contoh tujuan program; 1) Pekerja meningkatkan tingkat aktivitas fisik mereka, 2) Pekerja menurunkan tingkat perilaku sedenter mereka, 3) Pekerja meningkatkan konsumsi buah, dan 4) Pekerja mengurangi asupan energi yang berasal dari makanan ringan.

Langkah berikutnya adalah menentukan tujuan kinerja (jangka pendek) untuk masing-masing tujuan program. Tujuan kinerja (jangka pendek) ditentukan untuk masing-masing tujuan program (apa yang pekerja lakukan sebagai hasil dari program), dari komponen yang paling penting, baik dari perubahan perilaku maupun determinan faktor lingkungan (Bartholomew *et al.*, 2006). Hal ini berupa pembentukan perilaku spesifik yang diharapkan dari program pada kelompok sasaran. Spesifikasi tujuan kinerja ini dapat dilakukan melalui kombinasi beberapa metode, yaitu kajian literatur, wawancara dengan pihak terkait dan peninjauan kembali dari model teoritis seperti *Goal Setting Theory*, *Implementation Intentions*, *Teori Planned Behavior*, *Precaution Adoption Process Model*, dan kerangka ENRG.

Langkah 3. Memilih metode berbasis teori dan merancang strategi yang praktis

Pada langkah ini penetapan metode berbasis teori dan perumusan strategi yang praktis dirumuskan dari literatur, yang harus mengarah kepada perubahan yang diinginkan. Dengan demikian, metode berbasis teori harus dapat meningkatkan kemampuan pekerja dan kondisi lingkungan yang memberikan peluang pada pekerja untuk secara efektif berperilaku dan meningkatkan motivasi mereka. Metode yang dapat digunakan berdasarkan literatur antara lain: *tailored feedback*, *personalized risk*, *self-monitoring*, *decisional balance*, *re-evaluation of beliefs*, *reinforcement*, *goal setting*, *active learning*, *rewarding*, *mobilizing social support*, *skills training*, dan *environmental changes* (Bartholomew *et al.*, 2006). Metode yang kemudian diterjemahkan ke dalam strategi praktis diharapkan mampu mencapai perubahan yang diinginkan, yakni dari motivasi kepada tindakan yang nyata serta cara mempertahankannya.

Pusat dari proses pengaturan diri adalah pembentukan tujuan perilaku, mencapai tujuan-tujuan dan mengatasi hambatan (Brug *et al.*, 2005). Hal ini dapat dibahas dan diselesaikan pada saat edukasi kesehatan, baik dalam bentuk pembelajaran berkelompok maupun perorangan. Kegiatan edukasi ini dapat berlangsung secara terus-menerus atau periodik melalui sesi konseling secara personal atau dapat juga melalui metode pembelajaran lainnya, misalnya *collaborative learning*. Hal ini dilakukan, oleh karena petugas kesehatan dapat menggali dan menyelesaikan mengapa pekerja sering gagal untuk mematuhi saran kesehatan dan mengungkapkan resistensi terhadap perubahan. Kegiatan pembelajaran yang lebih berpusat pada klien dipilih supaya dapat memberikan dampak yang lebih efektif dan efisien. Pekerja didorong untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan dalam rangka mencapai putusan yang terbaik. Mereka kemudian diminta untuk memutuskan apa mereka mungkin ingin mengubah, dan menentukan penerapan niat untuk mencapai tujuan (Resnicow *et al.*, 2001).

Selama proses pembelajaran, petugas kesehatan diminta untuk memberikan saran langsung hanya ketika ditanya, dan mengatasi resistensi terhadap perubahan. Tujuan edukasi kesehatan yang dilakukan adalah meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan sikap. Setelah adanya motivasi untuk melakukan pengelolaan penyakit, perhatian harus ditujukan untuk meningkatkan pengontrolan terhadap perilaku, terutama dalam mengatasi hambatan dan pada meningkatkan keterampilan serta merangsang adanya dukungan sosial dan kebijakan organisasi. Selain itu, niat untuk melakukan perilaku membantu mengubah kebiasaan. Dalam rangka mempertahankan perilaku sehat, adanya umpan balik sangat bermanfaat dan

positif serta telah terbukti efektif (de Vries *et al.*, 2008).

Langkah 4: Disain pedoman dan program intervensi

Langkah ke empat menjelaskan ruang lingkup dan urutan/bagian dari intervensi dan menterjemahkan metode dan strategi menjadi bahan-bahan (material) yang diperlukan saat intervensi. *Draft* panduan yang dirancang dapat didiskusikan dengan para ahli dan pengguna yang berkompeten dalam perubahan perilaku. Berdasarkan bukti penilaian kritis, pengalaman dari wawancara, pertimbangan praktis dan etis, serta konsensus di antara kelompok ahli, pedoman praktek bagi tenaga kesehatan ini dapat dikembangkan.

Pedoman ini terdiri dari tiga bagian; 1) Pencegahan di tingkat lingkungan (advokasi/saran untuk pihak manajemen), 2) Pencegahan di tingkat sekunder (sasaran pada pihak-pihak yang dapat membantu penyampaian pesan dan perpanjangan tangan edukator dalam membantu merubah perilaku sasaran primer/pekerja), 3) Pencegahan di tingkat individu (saran untuk pekerja), dan 4) Evaluasi dan pemeliharaan. Sebagai acuan WHP dengan pendekatan multilevel, dapat dilihat rumusan model WHP dengan nama “movel P4” yakni model multilevel untuk perubahan perilaku pekerja di perusahaan yang sudah dikembangkan oleh Zahtamal dkk. (2014) untuk mengelola sindroma metabolik pada pekerja seperti Matriks 4 berikut:

Matriks 2. Model WHP multilevel dalam mengelola perilaku pekerja di perusahaan

A Pencegahan dan pengelolaan WHP di tingkat manajemen (level sasaran tersier)					
1. Menginventaris angka kasus penyakit/masalah kesehatan (baik secara jumlah maupun persentase atau prevalensi) dan atau faktor-faktor risiko penyakit/masalah kesehatan yang ada di tempat/lingkungan kerja dengan menggunakan alat untuk menemukan masalah (seperti <i>checklist</i> , angket, wawancara, dll.)					
2. Menginventaris jika ada komitmen dan kebijakan perusahaan yang adekuat terkait dengan masalah kesehatan pada pekerja					
3. Metode WHP yang dapat dilakukan untuk sasaran tersier antara lain adalah advokasi. Advokasi kepada pihak manajemen terkait dengan hal-hal yang dapat dilakukan oleh perusahaan dalam upaya peningkatan kesehatan dan perilaku pekerja, misalnya; rekomendasi terkait dengan aktivitas fisik dan diet pekerja, sumber daya dan kebijakan pendukung. Dalam hal optimalisasi kebijakan, ditujukan untuk memudahkan pekerja melakukan pengelolaan kasus/penyakitnya (misalnya kelonggaran waktu/jam kerja untuk keperluan pengelolaan kasus, kemudahan akses melakukan latihan fisik, dll.).					
B Pencegahan dan pengelolaan WHP di tingkat/level sasaran sekunder					
1. Menginventaris pihak-pihak yang terlibat atau terkait dengan pengelolaan penyakit/masalah kesehatan pada pekerja di perusahaan (sasaran sekunder). Sebagai contoh, pihak yang terkait untuk pengelolaan SM antara lain tim medis dan kesehatan, instruktur kebugaran, pengelola makanan (<i>food handler</i>) di perusahaan, <i>peer group</i> , dll..					
2. Metode WHP yang dapat dilakukan untuk sasaran sekunder antara lain diskusi, <i>sharing</i> informasi, <i>collaborative learning</i> , dll.. Implementasi WHP kepada sasaran sekunder ditujukan untuk dapat memberikan dukungan sosial dalam upaya peningkatan kesehatan pekerja, khususnya dalam pendampingan pekerja untuk pengelolaan penyakit/masalah kesehatan: meningkatkan pemahaman dan keterlibatan sumber daya manusia di perusahaan yang terkait, membantu optimalisasi implementasi kebijakan perusahaan.					
2. Optimalisasi yang dapat dilakukan sasaran sekunder di lingkungan kerja, disesuaikan dengan temuan pengkajian faktor-faktor yang berkaitan dengan pengelolaan penyakit/masalah kesehatan. Sebagai contoh, untuk pengelolaan SM, hal-hal yang dapat dilakukan antara lain melakukan pendampingan, memberikan edukasi, meningkatkan perilaku pekerja, mengoptimalkan sarana latihan fisik, optimalisasi pengelolaan kantin perusahaan, menyiapkan panduan dan <i>tools monitoring</i> perubahan perilaku, dll..					
C Pencegahan dan pengelolaan WHP di tingkat individu/pekerja (level sasaran primer)					
Selama semua tahapan berlangsung: mempertahankan kontak yang baik dengan pekerja, penekanan pada prinsip kerahasiaan hasil dan diupayakan jangan terjadi resisten terhadap program yang dirancang.					
1) Identifikasi individu/pekerja yang berisiko terhadap masalah kesehatan					
2) Penyusunan agenda: sesuai dengan tujuan yang akan dicapai atau disesuaikan dengan kondisi subjek yakni pekerja yang akan diintervensi					
3) Menginventaris faktor-faktor yang memotivasi perubahan dan disesuaikan dengan tahapan perubahan perilaku:					

Ketidaksadaran	Ketidakmauan	Memutuskan akan melakukan tindakan	Memutuskan untuk tidak melakukan	Memutuskan untuk melakukan	Melakukan Tindakan
Target: peningkatan	Target: pembentukan sikap,	Target:	Target: sikap	Target: sikap, dan	Target:

pengetahuan, kesadaran dan sikap	norma subjektif, efikasi diri dan intensi	sikap, efikasi diri untuk mengatasi hambatan, niat/intensi, norma subjektif, dukungan sosial	Metode: diskusi dan umpan balik sesuai kebutuhan	efikasi diri untuk mengatasi hambatan, keterampilan, norma subjektif	efikasi diri untuk mengatasi hambatan, keterampilan, norma subjektif, dukungan sosial
Metode: ceramah tanya jawab (diskusi dan umpan balik)	Metode: diskusi, memberikan pengukuh positif (berupa pujian terhadap usaha yang telah dilakukan serta hasil positif yang dicapai), umpan balik sesuai kebutuhan, belajar secara aktif	Metode: diskusi, memberikan pengukuh positif, umpan balik sesuai kebutuhan, belajar secara aktif/pembelajaran kolaboratif, pelatihan keterampilan, dukungan sosial		Metode: umpan balik positif, pelatihan keterampilan, belajar mandiri secara aktif, pemberian pengukuh positif, pelatihan keterampilan, dukungan sosial	Metode: umpan balik positif, pelatihan keterampilan, belajar mandiri secara aktif, pemberian reward, pelatihan keterampilan, dukungan sosial, keterampilan untuk mencegah kekambuhan tidak melakukan

- 4) Perencanaan dan proses pendampingan partisipan dalam pengelolaan penyakit/masalah kesehatan, dilakukan dengan beberapa bentuk kegiatan, antara lain; pemberian informasi melalui metode ceramah tanya jawab diskusi kelompok, dan konseling personal. Materi yang disampaikan disesuaikan dengan penyakit/masalah kesehatan yang akan dikelola. Sebagai contoh, untuk masalah SM, materi yang disampaikan berupa; penjelasan awal, *review* latihan fisik dan pengelolaan asupan makanan, demonstrasi latihan fisik di sarana kebugaran/*gymnasium* perusahaan, pengenalan alat dan prinsip/teknis latihan fisik, penyusunan program latihan fisik secara individu dengan cara merancang program latihan fisik per individu, kontrak kegiatan serta asistensi dan pengawasan bagi partisipan yang melakukan latihan fisik di sarana kebugaran/*gymnasium* perusahaan. Dalam rangka peningkatan perilaku perlu dijalin komunikasi interaktif (via: surat, *e-mail*, *short message services (SMS)*, *local area network (LAN)*, telepon, dll.).

D Evaluasi dan Pemeliharaan

1. Evaluasi kegiatan di tingkat/level manajemen (jangka waktu disesuaikan dengan hasil temuan yang telah direncanakan)
2. Evaluasi kegiatan di tingkat/level sekunder (jangka waktu disesuaikan dengan hasil temuan yang telah direncanakan)
3. Evaluasi kegiatan di tingkat/level individu (jangka waktu disesuaikan dengan rencana tindakan di tingkat individu (*employee action plan*))
4. Menjaga pencegahan di level tersier dan sekunder dengan menetapkan upaya pencegahan penyakit/masalah kesehatan pada agenda perusahaan sekali setahun dan ditujukan untuk pencegahan kekambuhan.
5. Menjaga pencegahan pada tingkat individu dengan ditujukan pada pencapaian tujuan jangka panjang individu dan memberikan perhatian secara terus menerus terhadap upaya pengelolaan masalah kesehatan melalui komunikasi/informasi secara aktif.

Berdasarkan pedoman di atas, langkah selanjutnya adalah membuat instrumen dalam rangka membantu terarah dan terpenuhinya aspek yang diinginkan yang pada akhirnya akan mempermudah implementasi dari setiap proses kegiatan. Dalam penyusunan instrumen, sangat diperlukan pemahaman akan konsep dan konstruk dari variabel yang akan diintervensi atau dikaji. Untuk faktor lingkungan yang terkait dengan aktivitas fisik, hal-hal yang harus dilihat/observasi dan tercantum dalam *checklist* antara lain; sarana transportasi yang tersedia di perusahaan, proses kerja yang berkaitan dengan aktivitas, pemanfaatan waktu senggang oleh pekerja, keterlibatan pekerja pada program olahraga, dan lain-lain. Begitu juga untuk kebijakan dan ketersediaan

fasilitas untuk membantu kebutuhan nutrisi pekerja. misalnya keberadaan ruang makan atau kantin perusahaan, pengaturan menu dan pengolahan makanan, pengontrolan dan penilaian status gizi pekerja, adanya informasi untuk *reminder* pola makan sehat, misalnya tentang nilai gizi makanan di tempat yang mudah dilihat, dan lain-lain. Selanjutnya, terkait dengan identifikasi faktor determinan individu, diperlukan kuesioner atau alat ukur lainnya yang memiliki tingkat validitas dan reliabilitas yang tinggi. Pada akhirnya, ketika langkah 1-4 sudah dipersiapkan secara matang, kegiatan pada tahap lima dan enam dapat dilakukan sesuai panduan yang telah disebutkan pada alur di atas. Langkah 5-6 harus disesuaikan dengan kondisi tempat kegiatan WHP dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. 2006. *Planning health promotion programs. An Intervention mapping approach 2nd edition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Brug, J., Conner, M., Harre, N., Kremers, S., McKella, R.S., Whitelaw, S. 2005. The Transtheoretical Model and stages of change: a critique: observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. (2004) why don't stage-based activity promotion interventions work?. *Health Educ Res*, 20: 244-258.
- De Vries, H., Kremers, S.P.J., Smeets, T., Brug, J., Eijmael, K. 2008. The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. *Am J Health Promot*, 22: 417-425.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat R.I. 2001. *Promosi kesehatan di tempat kerja*. Jakarta : Ditjenkesmas Depkes RI.
- Fakhrudin, T. 2012. Hubungan dukungan sosial dengan kepatuhan minum obat penderita Skizofrenia di Kabupaten Aceh Barat Daya. *Tesis S2*. Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnely, J.H. 2005. *Organization: Behavior, structure and processes*. 4th Edition. Business Publication, Inc. Washington DC.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. 2008. *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (4th edition). Published by Jossey-Bass, San Fransisco, CA 94103-1741, USA.
- Hadi, R. 2007. Dari Teacher-Centered Learning ke Student-Centered Learning: Perubahan metode pembelajaran di perguruan tinggi. *INSANIA*, 12 (3): 408-419.
- ILO. 2013^a. The prevention occupational diseases - 2 million workers killed every year. World Day for safety and health at work 28 April 2013. Tersedia di: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_protect/protrav/safework/documents/publication/wcms2082_26.pdf. [Diunduh tanggal 20 Mei 2014].
- Kremers, S.P., de Bruijn, G.J., Visscher, T.L., van Mechelen, W., de Vries, N.K., Brug, J. 2006. Environmental influences on energy balance-related behaviors: a dual-process view. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3: 9.
- National Alliance for Nutrition and Activity (NANA). 2003. Obesity and other diet-and inactivity-related diseases; national impact, costs, and solution. Tersediadi: http://www.spencer.k12.ia.us/pages/hs_library/NANAadvo_cates_national_policies.pdf. [Diunduh tanggal 13 Mei 2011].
- Ramdan, IM., 2011. Efikasi diri, pusat kendali dan persepsi tenaga kerja sebagai predictor pencapaian prestasi keselamatan dan kesehatan kerja (kajian pada salah satu industry perkayuan di Kalimantan Timur). *Disertasi Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*. FK UGM; Yogyakarta.
- Resnicow, K, Jackson, A., Wang, T., De, A.K., McCarty, F., Dudley, W.N., *et al*. 2001. A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the Eat for Life trial. *Am J Public Health*, 91: 1686-1693.
- Setyawati, L.K. 2010. *Sekilas tentang kelelahan kerja*. Lakassidaya, Yogyakarta. Indonesia.
- Suaedy, S. 2011. Penerapan berbagai metode pembelajaran dalam kegiatan Diklat. Tersedia di: [http://bdksurabaya.kemenag.go.id/file/dokumen/penerapan berbagai metode pembelajaran dalam kegiatan diklat.pdf](http://bdksurabaya.kemenag.go.id/file/dokumen/penerapan%20berbagai%20metode%20pembelajaran%20dalam%20kegiatan%20diklat.pdf). [Diunduh tanggal 25 Februari 2013].
- Suwazono, Y., Dochi, M., Sakata, K., Okubo, Y., Oishi, M., Tanaka, K., *et al*. 2008. A longitudinal study on the effect of shift work on weight gain in male Japanese workers. *Obesity (Silver Spring)*, 16: 1887-1893.
- Syafa'at, R. 2008. *Metode advokasi dan alternatif penyelesaian sengketa*. Intrans Publishing Malang.
- Verweij, L.M., Proper, K.I., Weel, A.N.H., Hulshof, C.T.J. Mechelen, W.V. 2009. Design of the Balance@Work project: systematic development, evaluation and implementation of an occupational health guideline aimed at the prevention of weight gain among employees. Biomed central. Tersedia di <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/46>. [Diunduh 5 Februari 2011].
- WHO. 2013. Workplace health promotion. Tersedia di: <http://www.who.int/occupationalhealth/topics/workplace/en/index1.html>. [Diunduh 28 September 2013].
- Yzer, M. 2012. The integrative model of behavioral prediction as a tool for designing health messages. Tersedia di: http://www.sagepub.com/upm-data/43568_2.pdf. [Diunduh tanggal 13 Februari 2013].
- Zahtamal, Rocmah, W., Prabandari, Y.S., Setyawati, L.K. 2015. Pengaruh model promosi kesehatan multilevel di tempat kerja terhadap perilaku pekerja perusahaan - studi eksperimen pada pekerja dengan sindroma metabolik. Disertasi S3. Program doktor ilmu kedokteran dan kesehatan Fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.