

**DARI CAPAIAN PROGRAM MENUJU PERUBAHAN PERILAKU:
EVALUASI KRITIS MODEL PELAPORAN GERAKAN MASYARAKAT
HIDUP SEHAT (GERMAS) DI PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

Ahyar Wahyudi^{1,2}

¹GEMA (Gemilang Mutu Akreditasi), Indonesia

²Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Indonesia

orange.kelabu@gmail.com

Hendra Fitriadi

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Indonesia

Abstrak

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan strategi nasional promosi kesehatan yang bertujuan mendorong perubahan perilaku masyarakat melalui pendekatan lintas sektor. Namun, sistem pelaporan yang digunakan selama ini masih didominasi oleh indikator aktivitas dan capaian administratif sehingga belum mampu menjelaskan kontribusi program terhadap perubahan perilaku dan outcome kesehatan masyarakat. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi secara kritis model pelaporan GERMAS Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025 serta merumuskan model evaluasi yang lebih berorientasi pada hasil. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *Critical Policy Analysis* dan *Document Analysis*. Data utama berasal dari Laporan Pelaksanaan GERMAS Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025 yang dianalisis melalui *content analysis* dengan tahapan *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaporan GERMAS masih didominasi statistik kesehatan populasi dan capaian kegiatan, belum mampu menjelaskan hubungan kausal antara aktivitas program dan outcome kesehatan, belum mengukur perubahan perilaku secara sistematis, serta masih menempatkan kolaborasi lintas sektor pada level administratif. Penelitian ini menghasilkan model Outcome-Based GERMAS Evaluation (OBGE) yang terdiri atas rantai evaluasi: *Input–Aktivitas–Output–Perubahan Perilaku–Perubahan Faktor Risiko–Perubahan Status Kesehatan–Public Value*. Model ini menawarkan pergeseran paradigma dari evaluasi berbasis aktivitas menuju evaluasi berbasis perubahan yang memungkinkan pengukuran kontribusi nyata GERMAS terhadap peningkatan kesehatan masyarakat secara lebih ilmiah, akuntabel, dan berorientasi pada nilai publik.

Kata Kunci: *GERMAS; Evaluasi Kebijakan; Perubahan Perilaku; Outcome-Based GERMAS Evaluation*

ABSTRACT

The Healthy Living Community Movement (*Gerakan Masyarakat Hidup Sehat – GERMAS*) is Indonesia's national health promotion strategy designed to foster healthy behavioural change through a multi-sectoral approach. However, existing reporting systems remain largely focused on administrative achievements and programme activities, limiting their ability to demonstrate behavioural and health

outcomes. This study aims to critically evaluate the 2025 GERMAS reporting model in South Kalimantan Province and formulate a more outcome-oriented evaluation framework. A qualitative approach was employed using *Critical Policy Analysis* and *Document Analysis*. The primary data source was the 2025 South Kalimantan GERMAS Implementation Report, analysed through content analysis involving open, axial, and selective coding procedures. The findings reveal that GERMAS reporting is predominantly centred on population health statistics and programme outputs, lacks evidence of causal relationships between interventions and health outcomes, does not systematically measure behavioural change, and positions intersectoral collaboration largely within an administrative framework. This study proposes the **Outcome-Based Gernas Evaluation (OBGE)** model, consisting of the evaluation chain: *Input–Activities–Outputs–Behavioural Change–Risk Factor Change–Health Status Change–Public Value*. The proposed framework shifts evaluation from an activity-based orientation towards a change-based perspective, enabling a more rigorous, accountable, and public value-driven assessment of GERMAS contributions to population health improvement.

Keywords: *GERMAS; Policy Evaluation; Behavioural Change; Outcome-Based Gernas Evaluation (OBGE)*

A. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada abad ke-21 menghadapi tantangan yang jauh lebih kompleks dibandingkan periode-periode sebelumnya. Jika pada masa lalu perhatian utama sistem kesehatan terpusat pada pengendalian penyakit infeksi dan peningkatan akses pelayanan kesehatan dasar, maka saat ini hampir seluruh negara di dunia harus menghadapi perubahan besar yang terjadi secara bersamaan, yaitu transisi demografi, transisi epidemiologi, transisi nutrisi, dan perubahan perilaku masyarakat yang dipengaruhi oleh urbanisasi, globalisasi, perkembangan teknologi, serta transformasi sosial ekonomi. Perubahan tersebut telah menggeser wajah permasalahan kesehatan dari dominasi penyakit akut menuju penyakit kronis yang membutuhkan pengelolaan jangka panjang, pembiayaan besar, serta keterlibatan aktif masyarakat dalam menjaga kesehatannya sendiri (McCracken & Phillips, 2017).

Konsep transisi epidemiologi yang diperkenalkan oleh Omran menjelaskan bahwa seiring meningkatnya pembangunan dan perubahan struktur penduduk, pola penyakit akan bergeser dari penyakit infeksi menuju penyakit degeneratif dan penyakit tidak menular. Namun dalam praktiknya, terutama pada negara berkembang, proses tersebut tidak berlangsung secara linear. Berbagai negara justru mengalami tumpang tindih beban penyakit, di mana penyakit menular masih tetap tinggi ketika penyakit tidak menular meningkat secara signifikan. Situasi ini menciptakan tekanan yang besar terhadap sistem kesehatan karena pemerintah harus menangani berbagai kelompok penyakit secara bersamaan dengan sumber daya yang terbatas (McCracken & Phillips, 2017).

Indonesia merupakan salah satu negara yang menghadapi fenomena tersebut secara nyata. Selama dua dekade terakhir, berbagai indikator kesehatan menunjukkan bahwa Indonesia tidak lagi hanya berhadapan dengan penyakit

infeksi seperti tuberkulosis, malaria, HIV/AIDS, dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pada saat yang sama, prevalensi hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit ginjal kronis, dan berbagai penyakit degeneratif lainnya terus meningkat. Kondisi tersebut semakin kompleks karena Indonesia juga masih menghadapi permasalahan gizi kronis, stunting, anemia, serta masalah kesehatan ibu dan anak yang belum sepenuhnya terselesaikan.

Fenomena tersebut sering disebut sebagai triple burden disease, yaitu keberadaan tiga kelompok masalah kesehatan yang muncul secara bersamaan: penyakit menular yang masih tinggi, peningkatan penyakit tidak menular, dan muncul kembali penyakit yang sebelumnya telah berhasil dikendalikan. Pada saat yang sama, Indonesia juga menghadapi triple burden of malnutrition, yaitu *coexistence* antara kekurangan gizi, stunting, dan kelebihan gizi dalam populasi yang sama. Penelitian Andriani et al. (2023) menunjukkan bahwa sekitar 24,9% pasangan ibu-anak di Indonesia mengalami triple burden malnutrition. Temuan ini memperlihatkan bahwa persoalan kesehatan masyarakat Indonesia tidak dapat lagi dijelaskan melalui pendekatan sektoral yang sempit, melainkan harus dipahami sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, perilaku, lingkungan, ekonomi, sosial, budaya, dan tata kelola pembangunan.

Implikasi dari situasi tersebut sangat luas. Peningkatan penyakit kronis tidak hanya menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian, tetapi juga meningkatkan kebutuhan pembiayaan kesehatan secara signifikan. Flores et al. (2025) menunjukkan bahwa transisi demografi dan epidemiologi menjadi salah satu faktor utama peningkatan pengeluaran kesehatan di berbagai negara Amerika Latin dan Karibia. Peningkatan prevalensi penyakit kronis, penuaan penduduk, dan kebutuhan pelayanan kesehatan jangka panjang menyebabkan beban fiskal kesehatan terus meningkat. Fenomena yang sama mulai terlihat di Indonesia melalui meningkatnya pembiayaan penyakit katastropik yang setiap tahun menyerap porsi besar pembiayaan kesehatan nasional.

Dalam situasi tersebut, pembangunan kesehatan tidak lagi dapat bergantung pada pendekatan kuratif semata. Sistem kesehatan modern dituntut mampu menggeser orientasi pembangunan dari paradigma mengobati penyakit menuju paradigma mencegah penyakit. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sejak Ottawa Charter tahun 1986 telah menegaskan bahwa kesehatan tidak hanya dihasilkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, melainkan oleh kemampuan masyarakat untuk mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatannya sendiri. Perspektif ini kemudian melahirkan berbagai pendekatan promosi kesehatan yang menempatkan perubahan perilaku sebagai inti dari intervensi kesehatan masyarakat (Liu et al., 2024).

Dalam perkembangan berikutnya, promosi kesehatan tidak lagi dipahami sebagai kegiatan penyuluhan atau penyampaian informasi semata. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa perubahan perilaku merupakan proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai determinan individu, sosial, budaya, ekonomi, lingkungan, hingga kebijakan publik. Koulouvari et al. (2025) menunjukkan bahwa intervensi kesehatan yang dibangun berdasarkan teori perubahan perilaku memiliki efektivitas yang lebih tinggi dibandingkan pendekatan edukasi konvensional. Simpson et al. (2025) bahkan menegaskan bahwa tantangan

terbesar dalam promosi kesehatan bukanlah memulai perubahan perilaku, melainkan mempertahankan perubahan tersebut dalam jangka panjang sehingga menjadi budaya hidup masyarakat.

Kesadaran mengenai pentingnya perubahan perilaku kesehatan menjadi dasar lahirnya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017. GERMAS dirancang sebagai gerakan nasional yang bertujuan membangun budaya hidup sehat melalui keterlibatan seluruh komponen bangsa. Program ini menempatkan aktivitas fisik, konsumsi pangan sehat, deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, serta edukasi kesehatan sebagai instrumen utama dalam menurunkan faktor risiko penyakit.

Secara konseptual, GERMAS merupakan salah satu kebijakan kesehatan yang paling progresif dalam sejarah pembangunan kesehatan Indonesia. Berbeda dengan program kesehatan sebelumnya yang cenderung berorientasi sektoral, GERMAS dirancang sebagai gerakan lintas sektor yang melibatkan kementerian, pemerintah daerah, dunia usaha, akademisi, organisasi masyarakat, media, dan masyarakat itu sendiri. Filosofi dasar GERMAS sejalan dengan prinsip health promotion modern yang menekankan bahwa kesehatan merupakan tanggung jawab kolektif seluruh elemen masyarakat.

Di tingkat daerah, implementasi GERMAS telah menjadi bagian penting dari agenda pembangunan kesehatan. Provinsi Kalimantan Selatan merupakan salah satu daerah yang secara aktif mengimplementasikan GERMAS melalui berbagai kegiatan promotif dan preventif yang melibatkan perangkat daerah, fasilitas kesehatan, institusi pendidikan, organisasi masyarakat, dan komunitas lokal. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan bahkan telah menetapkan berbagai kebijakan pendukung untuk memperkuat pelaksanaan GERMAS di daerah.

Namun demikian, jika dicermati lebih jauh, laporan pelaksanaan GERMAS Kalimantan Selatan tahun 2025 justru memperlihatkan paradoks yang menarik. Di satu sisi, berbagai aktivitas GERMAS dilaporkan berjalan dengan baik. Posyandu aktif meningkat menjadi 92,96%, cakupan pelayanan neonatal mencapai 97,8%, cakupan ASI eksklusif mencapai 85,6%, seluruh puskesmas telah melaksanakan deteksi dini kanker, serta seluruh kabupaten/kota telah melaksanakan program Cek Kesehatan Gratis.

Namun di sisi lain, berbagai indikator kesehatan yang menjadi target utama GERMAS masih menunjukkan tantangan yang besar. Kasus tuberkulosis masih mencapai 11.725 kasus, prevalensi stunting masih sebesar 22,9%, diabetes melitus mencapai 81.603 kasus, dan berbagai faktor risiko penyakit tidak menular masih terus ditemukan dalam jumlah yang tinggi.

Pertanyaan kritis kemudian muncul. Apakah berbagai capaian yang dilaporkan tersebut benar-benar mencerminkan keberhasilan GERMAS? Ataukah capaian tersebut hanya menunjukkan keberhasilan administratif dalam melaksanakan kegiatan tanpa mampu membuktikan adanya perubahan perilaku yang menjadi tujuan utama program?

Pertanyaan ini menjadi penting karena jika dicermati secara mendalam, sebagian besar indikator yang digunakan dalam pelaporan GERMAS masih didominasi oleh ukuran-ukuran administratif dan operasional. Laporan lebih banyak menampilkan jumlah kegiatan, jumlah peserta, jumlah posyandu aktif,

jumlah pemeriksaan kesehatan, jumlah kampanye, atau jumlah institusi yang terlibat. Sementara itu, informasi mengenai perubahan perilaku masyarakat, perubahan faktor risiko kesehatan, perubahan kualitas hidup, maupun dampak kesehatan jangka panjang masih sangat terbatas.

Padahal secara teoritis, keberhasilan program promosi kesehatan seharusnya diukur berdasarkan perubahan outcome dan impact, bukan hanya output. Dalam kerangka evaluasi program kesehatan, output menggambarkan apa yang dilakukan oleh program, sedangkan outcome menggambarkan perubahan yang terjadi akibat program tersebut. Dengan kata lain, keberhasilan GERMAS seharusnya tidak berhenti pada pertanyaan berapa banyak kegiatan yang dilaksanakan, melainkan sejauh mana kegiatan tersebut mampu mengubah perilaku hidup masyarakat dan menghasilkan perbaikan kesehatan yang terukur.

Permasalahan ini sebenarnya tidak hanya terjadi pada GERMAS. Berbagai studi monitoring dan evaluasi program kesehatan menunjukkan bahwa banyak program kesehatan publik terjebak pada apa yang disebut sebagai *activity-based accountability*, yaitu kecenderungan mengukur keberhasilan berdasarkan aktivitas yang dilaksanakan, bukan berdasarkan dampak yang dihasilkan. Essis et al. (2023) menunjukkan bahwa sistem monitoring dan evaluasi kesehatan sering kali dibangun untuk memenuhi kebutuhan pelaporan administratif dan akuntabilitas birokrasi, tetapi belum mampu menyediakan informasi yang cukup untuk menilai efektivitas program secara substantif.

Sinshaw (2024) juga menegaskan bahwa kerangka monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan yang efektif harus mampu mengintegrasikan indikator input, proses, output, outcome, dan impact secara simultan. Tanpa pengukuran outcome dan impact, evaluasi program berisiko menghasilkan kesimpulan yang menyesatkan karena keberhasilan administratif belum tentu berbanding lurus dengan keberhasilan kesehatan masyarakat.

Kritik serupa juga dapat diarahkan pada pelaporan GERMAS di berbagai daerah, termasuk Kalimantan Selatan. Laporan tahunan yang tersedia sesungguhnya sangat kaya dalam menggambarkan aktivitas program, tetapi relatif terbatas dalam menjelaskan bagaimana aktivitas tersebut menghasilkan perubahan perilaku masyarakat. Misalnya, tingginya cakupan Posyandu aktif belum otomatis menunjukkan peningkatan perilaku hidup sehat. Tingginya jumlah kegiatan kampanye belum otomatis menunjukkan peningkatan aktivitas fisik. Tingginya jumlah pemeriksaan kesehatan belum otomatis menunjukkan keberhasilan pengendalian faktor risiko penyakit. Dengan kata lain, hubungan kausal antara aktivitas GERMAS dan perubahan perilaku masyarakat masih belum dapat dijelaskan secara memadai.

Selain itu, terdapat kesenjangan lain yang relatif jarang dibahas dalam penelitian GERMAS. Sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada implementasi program, faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pelaksanaan, dukungan sosial, pemberdayaan masyarakat, komunikasi, maupun koordinasi lintas sektor (Syabella et al., 2024; Saragih et al., 2026). Penelitian-penelitian tersebut memberikan kontribusi penting dalam memahami proses implementasi GERMAS. Akan tetapi, sangat sedikit penelitian yang secara khusus mengkaji kualitas sistem pelaporan GERMAS sebagai instrumen evaluasi kebijakan publik.

Padahal dalam perspektif administrasi publik, sistem pelaporan bukan sekadar dokumen administratif, melainkan instrumen strategis yang menentukan bagaimana suatu program dipahami, dievaluasi, dan diperbaiki. Sistem pelaporan yang hanya berorientasi pada output berpotensi menghasilkan ilusi keberhasilan program. Sebaliknya, sistem pelaporan yang mampu menangkap outcome dan dampak akan menghasilkan pembelajaran kebijakan yang lebih bermakna.

Kesenjangan pengetahuan tersebut menunjukkan bahwa hingga saat ini masih terdapat ruang penelitian yang signifikan mengenai hubungan antara desain pelaporan, sistem monitoring dan evaluasi, serta kemampuan GERMAS dalam mengukur keberhasilan perubahan perilaku masyarakat. Belum banyak penelitian yang secara kritis mempertanyakan apakah sistem pelaporan GERMAS yang digunakan saat ini benar-benar mampu menjelaskan keberhasilan GERMAS sebagai gerakan perubahan perilaku. Lebih jauh lagi, belum tersedia model evaluasi yang secara eksplisit menghubungkan aktivitas program dengan outcome perilaku dan dampak kesehatan masyarakat.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi model pelaporan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di Provinsi Kalimantan Selatan, mengidentifikasi kelemahan sistem monitoring dan evaluasi yang selama ini digunakan, serta merumuskan model evaluasi berbasis outcome yang lebih mampu mengukur perubahan perilaku masyarakat dan dampak kesehatan yang dihasilkan oleh implementasi GERMAS. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan tidak hanya memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem monitoring dan evaluasi program kesehatan, tetapi juga memperkaya pengembangan teori evaluasi kebijakan promotif-preventif yang berorientasi pada perubahan perilaku dan penciptaan nilai publik kesehatan.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *Critical Policy Analysis* yang dipadukan dengan Document Analysis untuk mengevaluasi model pelaporan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025. Pendekatan ini dipilih karena permasalahan penelitian tidak hanya berorientasi pada deskripsi fenomena, tetapi juga bertujuan mengungkap struktur berpikir, asumsi kebijakan, logika evaluasi, dan paradigma akuntabilitas yang mendasari sistem pelaporan GERMAS. Melalui pendekatan kritis, penelitian berupaya memahami apakah pelaporan yang ada benar-benar mampu merepresentasikan keberhasilan program sebagai gerakan perubahan perilaku masyarakat atau sekadar menjadi instrumen akuntabilitas administratif.

Secara filosofis, penelitian ini berlandaskan paradigma *post-positivisme* kritis yang memandang realitas sosial sebagai sesuatu yang dapat diamati tetapi tidak pernah sepenuhnya bebas dari konstruksi kebijakan, kepentingan institusi, dan interpretasi aktor. Dari dimensi ontologi, penelitian memandang keberhasilan GERMAS bukan sebagai realitas tunggal yang tercermin dalam angka capaian program, melainkan sebagai fenomena multidimensional yang mencakup aktivitas, perubahan perilaku, perubahan faktor risiko, dan dampak kesehatan masyarakat. Dari perspektif epistemologi, pengetahuan diperoleh melalui proses interpretasi kritis terhadap dokumen, regulasi, teori evaluasi, serta hubungan logis antara

aktivitas program dan outcome yang dihasilkan. Dengan demikian, kebenaran tidak hanya dicari melalui data empiris, tetapi juga melalui analisis makna, hubungan kausal, dan konsistensi teoritis. Sementara itu, dari dimensi aksiologi, penelitian ini berorientasi pada penciptaan nilai publik (*public value*) melalui pengembangan model evaluasi yang lebih mampu menjelaskan efektivitas kebijakan promotif-preventif dan mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti.

Sumber data utama penelitian adalah Laporan Pelaksanaan GERMAS Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025, sedangkan data pendukung berasal dari Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang GERMAS, Permen PPN Nomor 11 Tahun 2017, RPJMN, Renstra Kementerian Kesehatan, serta berbagai literatur ilmiah terkait promosi kesehatan, *collaborative governance*, dan evaluasi program. Analisis data dilakukan menggunakan *content analysis* melalui tahapan *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding* untuk mengidentifikasi tema-tema utama, pola hubungan antarvariabel, serta kelemahan konseptual dalam sistem pelaporan yang digunakan. Validitas penelitian diperkuat melalui triangulasi dokumen, regulasi, dan teori, sehingga temuan yang dihasilkan memiliki landasan empiris, konseptual, dan metodologis yang kuat. Hasil akhir penelitian berupa formulasi model *Outcome-Based Gernas Evaluation* (OBGE) yang menempatkan perubahan perilaku sebagai mata rantai utama antara aktivitas program dan nilai publik kesehatan yang dihasilkan.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Dominasi Statistik Kesehatan Dalam Pelaporan Gernas

Salah satu temuan paling menonjol dari hasil telaah dokumen pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Gernas) Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025 adalah dominannya penyajian statistik kesehatan populasi dibandingkan informasi mengenai capaian Gernas itu sendiri. Sebagian besar isi laporan berfokus pada angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB), prevalensi stunting, kasus tuberkulosis, HIV/AIDS, serta berbagai indikator epidemiologi lainnya. Proporsi informasi tersebut mencapai sekitar 70–80 persen dari keseluruhan isi laporan, sedangkan uraian mengenai aktivitas Gernas, tingkat partisipasi masyarakat, perubahan perilaku, maupun dampak program terhadap praktik hidup sehat masyarakat hanya memperoleh porsi yang relatif terbatas. Temuan ini menunjukkan bahwa laporan Gernas cenderung mengalami pergeseran fungsi menjadi dokumen profil kesehatan daerah dibandingkan instrumen evaluasi gerakan sosial kesehatan.

Secara konseptual, kondisi tersebut menimbulkan persoalan mendasar dalam evaluasi program promosi kesehatan. Literatur mutakhir menunjukkan bahwa keberhasilan program promosi kesehatan tidak dapat diukur semata-mata melalui indikator status kesehatan populasi, melainkan harus mampu menjelaskan rantai perubahan yang menghubungkan aktivitas program dengan perubahan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kondisi kesehatan masyarakat. Simpson et al. (2025) menegaskan bahwa evaluasi promosi kesehatan yang kuat harus mencakup empat pilar utama, yaitu *aktivitas program*, *perubahan pengetahuan-sikap-perilaku*, *perubahan organisasi*, dan *keberlanjutan program*. Dengan kerangka demikian, indikator penyakit dan kematian hanya merupakan bagian hilir dari

proses perubahan yang jauh lebih kompleks. Ketika laporan lebih banyak memuat angka stunting, TBC, atau AKI tanpa menjelaskan bagaimana Germas mempengaruhi determinan perilaku yang melatarbelakanginya, maka kemampuan laporan untuk menjelaskan kontribusi program menjadi sangat terbatas (Simpson et al., 2025).

Kelemahan ini semakin terlihat apabila ditinjau menggunakan pendekatan *Results-Based Management* (RBM). Dalam paradigma RBM, fokus utama evaluasi bukan sekadar mendokumentasikan aktivitas atau menggambarkan situasi kesehatan, tetapi menilai perubahan yang dihasilkan oleh intervensi. Kerangka RBM membedakan secara tegas antara *input*, *aktivitas*, *output*, *outcome*, dan *dampak*. Organisasi yang hanya melaporkan kondisi kesehatan populasi tanpa menghubungkannya dengan outcome program sesungguhnya sedang terjebak pada apa yang disebut *Drucker* sebagai *activity trap*, yaitu kecenderungan mengukur apa yang mudah dihitung daripada apa yang benar-benar berubah sebagai akibat intervensi. RBM menekankan bahwa pelaporan yang baik harus menunjukkan progres menuju outcome melalui indikator yang relevan, terukur, dan memiliki hubungan logis dengan teori perubahan program.

Dari perspektif promosi kesehatan, dominasi statistik kesehatan juga berpotensi menimbulkan kesalahan atribusi. Penurunan stunting, perubahan AKI, maupun tren HIV merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh berbagai faktor lintas sektor, termasuk pelayanan kesehatan, pendidikan, sanitasi, kondisi ekonomi, hingga kebijakan sosial. Oleh karena itu, indikator-indikator tersebut lebih tepat diposisikan sebagai indikator kinerja sistem kesehatan daripada indikator keberhasilan Germas secara langsung. Literatur mengenai *Health System Performance Assessment* menjelaskan bahwa indikator status kesehatan penduduk merupakan ukuran kinerja sistem kesehatan secara makro yang tidak dapat secara sederhana diklaim sebagai hasil dari satu program tertentu (Papanicolas et al., 2022; Frenk & Murray, 2026). Akibatnya, ketika laporan Germas didominasi oleh indikator makro tersebut, identitas program menjadi kabur dan kontribusi spesifik Germas sulit dibuktikan.

Lebih jauh lagi, hasil telaah menunjukkan minimnya indikator perubahan perilaku yang justru menjadi sasaran utama Germas. Padahal, berbagai penelitian kesehatan masyarakat menegaskan bahwa keberhasilan intervensi promosi kesehatan seharusnya pertama-tama terlihat pada perubahan perilaku seperti peningkatan aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur, pemeriksaan kesehatan berkala, pengurangan perilaku sedentari, maupun penurunan kebiasaan merokok. Anselma et al. (2021) menunjukkan bahwa evaluasi promosi kesehatan yang efektif memerlukan pengukuran langsung terhadap perubahan perilaku sasaran. Temuan serupa dikemukakan Schenk et al. (2025) yang menegaskan bahwa mekanisme perubahan perilaku harus diukur secara eksplisit agar efektivitas suatu intervensi dapat dibuktikan secara ilmiah. Dengan demikian, absennya indikator perilaku dalam laporan Germas menyebabkan hilangnya mata rantai penting antara intervensi dan dampak kesehatan yang ingin dicapai.

Dalam perspektif evaluasi program, kondisi ini menunjukkan belum kuatnya penggunaan *logic model* dalam sistem pelaporan Germas. *Logic model* menempatkan *aktivitas*, *output*, *outcome*, dan *dampak* dalam satu hubungan sebab-

akibat yang jelas sehingga evaluator dapat menelusuri jalur perubahan yang dihasilkan program. Tanpa kerangka tersebut, laporan cenderung menjadi kumpulan data statistik yang informatif namun tidak menjelaskan bagaimana perubahan itu terjadi. Carrion et al. (2021) menegaskan bahwa evaluasi program yang baik harus mampu menunjukkan hubungan logis antara aktivitas yang dilakukan dengan hasil yang dicapai, sedangkan model evaluasi berbasis teori perubahan menekankan pentingnya mengidentifikasi perubahan jangka pendek, menengah, dan panjang secara sistematis.

Dengan demikian, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pelaporan Germas di Kalimantan Selatan masih didominasi oleh paradigma pelaporan kesehatan tradisional yang berorientasi pada statistik status kesehatan populasi. Akibatnya, laporan belum sepenuhnya mampu berfungsi sebagai instrumen evaluasi gerakan perubahan perilaku masyarakat. Pergeseran orientasi dari pelaporan berbasis indikator kesehatan menuju pelaporan berbasis outcome perilaku menjadi kebutuhan mendesak agar Germas dapat dinilai bukan hanya dari kondisi kesehatan masyarakat yang terjadi, tetapi dari perubahan perilaku sehat yang berhasil dibangun melalui intervensi yang dilaksanakan.

Absennya Hubungan Kausal Antara Germas dan Outcome Kesehatan

Temuan penting dari evaluasi Germas adalah adanya kesenjangan antara pelaksanaan program dengan kemampuan membuktikan dampaknya terhadap *outcome* kesehatan. Berbagai indikator kesehatan di Kalimantan Selatan menunjukkan perbaikan, mulai dari penurunan stunting, peningkatan cakupan pelayanan kesehatan, hingga membaiknya beberapa indikator kesehatan ibu dan anak. Namun, perbaikan tersebut tidak serta-merta dapat diklaim sebagai hasil langsung dari Germas. Persoalannya bukan pada ada atau tidaknya perubahan, melainkan pada tidak tersedianya bukti yang mampu menjelaskan bagaimana perubahan itu terjadi dan sejauh mana Germas berkontribusi terhadapnya.

Dalam ilmu evaluasi, perubahan outcome tanpa penjelasan mekanisme penyebab hanya menghasilkan hubungan korelasional, bukan hubungan kausal. Kaur, Prinja, dan Kumar (2015) mengingatkan bahwa program promosi kesehatan tidak cukup dievaluasi melalui perubahan indikator sebelum dan sesudah intervensi. Evaluasi harus mampu menunjukkan keterhubungan antara *input*, *proses*, *output*, *outcome*, dan *dampak* sehingga rantai perubahan dapat ditelusuri secara logis. Tanpa kerangka tersebut, klaim keberhasilan program menjadi lemah karena hubungan sebab-akibat tidak dapat diverifikasi.

Kelemahan inilah yang terlihat pada Germas. Program menghasilkan berbagai aktivitas, mulai dari sosialisasi, kampanye aktivitas fisik, edukasi gizi, hingga deteksi dini penyakit tidak menular. Akan tetapi, dokumen pelaksanaan maupun laporan capaian belum menunjukkan bagaimana aktivitas tersebut menghasilkan perubahan perilaku individu, kemudian berkembang menjadi perubahan status kesehatan pada tingkat populasi. Padahal, intervensi kesehatan masyarakat merupakan intervensi kompleks yang membutuhkan *logic model* dan *theory of change* untuk menjelaskan jalur perubahan secara eksplisit (Voss et al., 2025; Belcher et al., 2024). Ketika jalur tersebut tidak tersedia, evaluasi hanya mampu menunjukkan bahwa program berjalan, bukan bahwa program

menyebabkan perubahan. Konsekuensinya, Germas lebih banyak diukur sebagai rangkaian aktivitas daripada sebagai instrumen perubahan kesehatan masyarakat.

Persoalan menjadi semakin rumit karena outcome kesehatan pada dasarnya dipengaruhi oleh banyak faktor yang bekerja secara simultan. Penurunan stunting, misalnya, tidak hanya berkaitan dengan promosi perilaku sehat, tetapi juga dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan, kondisi ekonomi keluarga, pendidikan ibu, sanitasi, ketahanan pangan, serta penguatan Posyandu dan kader kesehatan. Studi Miranda et al. (2024) menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas kader dan pemantauan pertumbuhan berbasis rumah dapat meningkatkan kualitas program pencegahan stunting secara signifikan. Dengan demikian, ketika prevalensi stunting menurun, tidak ada dasar metodologis yang cukup kuat untuk menyatakan bahwa Germas merupakan penyebab utamanya.

Literatur terbaru tentang kesehatan populasi bahkan menegaskan bahwa outcome kesehatan merupakan produk dari sistem yang jauh lebih luas daripada satu program tertentu. Bhosale et al. (2024) menjelaskan bahwa kesehatan populasi dibentuk oleh interaksi berbagai determinan sosial, ekonomi, lingkungan, dan pelayanan kesehatan. Pandangan serupa dikemukakan Crane et al. (2022) yang menunjukkan bahwa keberhasilan program kesehatan populasi sangat ditentukan oleh keselarasan kebijakan, kepemimpinan, kemitraan, dukungan sistem, serta keberlanjutan pembiayaan. Oleh karena itu, menghubungkan perubahan indikator kesehatan secara langsung dengan Germas berisiko menyederhanakan realitas yang sesungguhnya jauh lebih kompleks.

Perspektif *complex systems evaluation* memberikan kritik yang lebih tajam. McGill et al. (2021) menyatakan bahwa intervensi kesehatan masyarakat bekerja dalam sistem yang saling terhubung, sehingga perubahan outcome sering kali lahir dari interaksi berbagai aktor dan kebijakan yang tidak bersifat linear. Dalam situasi seperti ini, evaluasi yang hanya berfokus pada indikator akhir akan menghasilkan apa yang disebut sebagai *black box evaluation*: perubahan terlihat, tetapi mekanisme yang menghasilkan perubahan tersebut tidak diketahui. Persis pada titik inilah Germas menghadapi kelemahan utamanya. Program memiliki data aktivitas dan data outcome, tetapi tidak memiliki bukti yang menjelaskan hubungan di antara keduanya.

Selain itu, asumsi bahwa penyampaian informasi kesehatan secara otomatis menghasilkan perubahan perilaku juga tidak didukung oleh bukti ilmiah. Berbagai studi perilaku menunjukkan adanya *intention-action gap*, yaitu kesenjangan antara pengetahuan, niat, dan tindakan nyata. Zhang dan Miao (2025) menemukan bahwa perubahan perilaku sangat dipengaruhi oleh atribusi internal, persepsi keterjangkauan tujuan, dan motivasi individu. Parkinson (2025) menunjukkan bahwa faktor lingkungan, norma sosial, kesempatan, dan kebiasaan sering kali lebih menentukan dibanding sekadar pengetahuan kesehatan. Dengan kata lain, masyarakat yang mengetahui pesan Germas belum tentu mengubah perilakunya. Perubahan perilaku memerlukan mekanisme antara yang dapat diamati dan diukur.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masalah utama Germas bukan terletak pada kurangnya kegiatan, melainkan pada lemahnya pembuktian kontribusi program terhadap outcome kesehatan. Pendekatan *contribution analysis* menawarkan jalan keluar dengan menggeser pertanyaan dari *apakah Germas*

menyebabkan perubahan? menjadi seberapa besar Germas berkontribusi terhadap perubahan yang terjadi? (Buetti et al., 2024; Buregeya et al., 2020). Pendekatan ini lebih realistis untuk program kesehatan masyarakat karena mengakui bahwa perubahan kesehatan populasi selalu merupakan hasil kerja kolektif berbagai intervensi, kebijakan, aktor, dan kondisi sosial yang saling mempengaruhi.

Dengan demikian, temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa keberhasilan Germas masih berada pada level aktivitas dan capaian program, belum mencapai level pembuktian dampak. Selama jalur kausal tidak dirumuskan melalui *logic model*, *theory of change*, dan analisis kontribusi yang sistematis, maka setiap klaim bahwa penurunan stunting, perbaikan kesehatan ibu, atau membaiknya indikator kesehatan lainnya merupakan hasil Germas harus dipandang secara hati-hati. Dalam perspektif evaluasi modern, perubahan yang tidak dapat dijelaskan mekanismenya bukanlah bukti dampak, melainkan hanya indikasi bahwa perubahan tersebut terjadi bersamaan dengan keberadaan program.

Paradoks Keberhasilan Tanpa Indikator Perubahan Perilaku

Salah satu temuan paling menarik sekaligus problematis dalam pelaksanaan Germas Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025 adalah adanya kecenderungan untuk mendeklarasikan keberhasilan program tanpa didukung oleh bukti perubahan perilaku masyarakat yang menjadi sasaran utama intervensi. Berbagai capaian yang ditampilkan dalam laporan lebih banyak berupa jumlah kegiatan, jumlah peserta, jumlah skrining kesehatan, serta indikator kesehatan makro seperti stunting, kematian ibu, kematian bayi, dan penyakit menular. Namun ketika pertanyaan yang lebih mendasar diajukan—berapa orang yang berhenti merokok, berapa peningkatan konsumsi buah dan sayur, berapa masyarakat yang menjadi lebih aktif secara fisik—jawaban tersebut tidak tersedia.

Padahal secara konseptual, Germas lahir sebagai gerakan perubahan perilaku. Esensi program ini bukan sekadar menyelenggarakan aktivitas promosi kesehatan, melainkan menghasilkan transformasi perilaku yang berkelanjutan pada individu dan masyarakat. Dalam perspektif Ottawa Charter, tujuan utama promosi kesehatan adalah memungkinkan masyarakat meningkatkan kontrol atas faktor-faktor yang menentukan kesehatan mereka melalui pengembangan keterampilan personal (*develop personal skills*), penguatan aksi komunitas, penciptaan lingkungan yang mendukung, serta kebijakan yang sehat. Dengan demikian, perubahan perilaku bukan produk sampingan, melainkan inti dari seluruh proses promosi kesehatan (Wilberg et al., 2021).

Temuan ini menunjukkan adanya paradoks evaluatif. Program dinilai berhasil karena aktivitas terlaksana, sementara outcome perilaku yang menjadi tujuan akhir justru tidak diukur. Kritik terhadap kecenderungan semacam ini sebenarnya telah lama muncul dalam literatur promosi kesehatan. Bader et al. (2023) menegaskan bahwa evaluasi intervensi promosi kesehatan berbasis komunitas tidak cukup berhenti pada pengukuran proses, tetapi harus mampu menunjukkan outcome dan dampak yang dihasilkan. Tanpa pengukuran *outcome*, efektivitas program menjadi sulit dibuktikan secara ilmiah. Evaluasi akhirnya hanya menghasilkan informasi mengenai apa yang dilakukan, bukan apa yang berubah.

Ketiadaan indikator perilaku juga bertentangan dengan perkembangan mutakhir dalam ilmu evaluasi kesehatan masyarakat. Willmeroth et al. (2019)

menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi suatu program harus diterjemahkan ke dalam indikator yang mampu menggambarkan kualitas implementasi sekaligus perubahan yang dihasilkan. Program yang hanya mengukur aktivitas berisiko menciptakan ilusi keberhasilan karena tidak memiliki mekanisme untuk memastikan bahwa intervensi benar-benar menghasilkan perubahan pada kelompok sasaran. Dalam terminologi administrasi publik, kondisi ini dikenal sebagai *performance without outcome*, yaitu keberhasilan administratif yang tidak selalu berbanding lurus dengan keberhasilan substantif.

Dari sudut pandang Ottawa Charter, persoalan ini menjadi semakin penting karena area aksi develop personal skills merupakan area yang paling sering diterapkan dalam praktik promosi kesehatan di berbagai negara. Namun penelitian Wilberg et al. menunjukkan bahwa dominasi pendekatan edukasi tidak selalu diikuti oleh pembuktian perubahan perilaku yang nyata. Banyak program berhenti pada penyampaian informasi dan peningkatan pengetahuan, tanpa mampu menunjukkan apakah pengetahuan tersebut benar-benar diterjemahkan menjadi tindakan kesehatan sehari-hari.

Berbagai penelitian kesehatan perilaku juga menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap tidak identik dengan perilaku. Sarani et al. (2022) menemukan bahwa hubungan antara pengetahuan, sikap, dan perilaku harus diukur secara terpisah karena masing-masing merupakan tahapan yang berbeda dalam proses perubahan perilaku. Yenit et al. (2023) bahkan menunjukkan bahwa efikasi diri dan persepsi risiko lebih berpengaruh terhadap aktivitas fisik dibandingkan sekadar pengetahuan kesehatan. Dengan kata lain, keberhasilan sosialisasi tidak dapat secara otomatis diasumsikan sebagai keberhasilan perubahan perilaku.

Ironisnya, instrumen pengukuran perilaku sebenarnya tersedia dan relatif mudah diterapkan. WHO secara konsisten menekankan pentingnya surveilans perilaku melalui pengukuran aktivitas fisik, konsumsi makanan sehat, perilaku merokok, dan faktor risiko lainnya sebagai dasar evaluasi program promosi kesehatan. Bahkan perkembangan teknologi terkini memungkinkan aktivitas fisik diukur secara sederhana melalui pencatatan langkah kaki dan perangkat digital yang semakin mudah diakses masyarakat.

Dengan demikian, temuan ini menunjukkan bahwa tantangan utama Germas bukan terletak pada kurangnya kegiatan, melainkan pada belum terbentuknya sistem evaluasi yang mampu menangkap perubahan perilaku masyarakat secara sistematis. Jika kondisi ini terus berlangsung, maka keberhasilan Germas akan selalu dinilai dari banyaknya aktivitas yang dilakukan, bukan dari sejauh mana masyarakat menjadi lebih sehat karena perilakunya berubah. Padahal dalam logika Ottawa Charter, ukuran keberhasilan promosi kesehatan bukanlah jumlah kegiatan yang dilaksanakan, melainkan kemampuan program menghasilkan masyarakat yang lebih mampu memilih, mempertahankan, dan mempraktikkan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari (Biehl et al., 2026; Stock, 2023).

Collaborative Governance yang Bersifat Administratif

Temuan penelitian menunjukkan bahwa implementasi GERMAS di tingkat daerah telah berhasil menghadirkan banyak organisasi perangkat daerah (OPD) dalam satu arena kebijakan. Dinas kesehatan, dinas pendidikan, dinas pemuda dan olahraga, dinas ketahanan pangan, hingga organisasi masyarakat tercatat terlibat

dalam berbagai kegiatan yang berkaitan dengan promosi kesehatan. Namun demikian, keterlibatan berbagai aktor tersebut belum diikuti dengan terbentuknya mekanisme kolaborasi yang substantif. Tidak ditemukan indikator kontribusi yang terukur bagi masing-masing sektor, tidak tersedia skema pembiayaan bersama lintas perangkat daerah, dan tidak terdapat mekanisme evaluasi yang dapat menilai sejauh mana setiap aktor berkontribusi terhadap pencapaian tujuan GERMAS. Kondisi ini menunjukkan bahwa kolaborasi yang terbentuk lebih banyak berfungsi sebagai instrumen administratif dibandingkan sebagai sistem tata kelola kolaboratif yang sesungguhnya.

Fenomena tersebut menarik karena secara formal hampir seluruh unsur yang dipersyaratkan dalam *collaborative governance* telah tersedia. Banyak aktor hadir, forum koordinasi dilaksanakan, dan komitmen lintas sektor dinyatakan dalam berbagai dokumen kebijakan. Akan tetapi, kehadiran aktor semata tidak identik dengan terjadinya kolaborasi. Bianchi, Nasi, dan Rivenbark (2021) menegaskan bahwa implementasi *collaborative governance* memerlukan mekanisme yang mampu membangun pemahaman bersama mengenai masalah, tujuan, pembagian peran, dan hasil yang ingin dicapai. Tanpa adanya instrumen yang menghubungkan aktor dengan outcome kolektif, kolaborasi berpotensi berubah menjadi aktivitas koordinatif yang bersifat seremonial dan kehilangan kapasitas transformasinya.

Temuan ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara struktur kolaborasi dan praktik kolaborasi. Dalam perspektif *institutional theory*, kondisi tersebut dapat dipahami sebagai bentuk *loose coupling*, yaitu situasi ketika struktur formal dibangun untuk memperoleh legitimasi organisasi, tetapi tidak sepenuhnya terhubung dengan tindakan operasional di lapangan. Fiorito dan Veenswijk (2025) menyebut fenomena tersebut sebagai *rational myth*, yaitu ketika kolaborasi dipertahankan karena memiliki nilai simbolik dan legitimatif yang tinggi, meskipun manfaat fungsionalnya tidak selalu tampak secara nyata. Dengan kata lain, keberadaan forum lintas sektor dalam implementasi GERMAS berpotensi lebih berfungsi sebagai simbol komitmen pemerintah terhadap pendekatan kolaboratif dibandingkan sebagai instrumen yang benar-benar mengintegrasikan sumber daya, kewenangan, dan tanggung jawab antarorganisasi.

Kondisi tersebut diperkuat oleh tidak adanya indikator kinerja kolaboratif yang dapat digunakan untuk menilai efektivitas hubungan antaraktor. Waardenburg, Groenleer, dan De Jong (2025) menjelaskan bahwa salah satu tantangan terbesar *collaborative governance* adalah pengelolaan kinerja bersama (*collaborative performance management*). Ketika setiap organisasi hanya menggunakan indikator sektoralnya masing-masing, maka keberhasilan kolaborasi sulit diukur secara objektif. Akibatnya, setiap aktor cenderung mempertahankan orientasi organisasionalnya sendiri dan tidak memiliki insentif yang kuat untuk menghasilkan capaian kolektif. Temuan penelitian ini memperlihatkan situasi yang serupa. Setiap SKPD menjalankan program sesuai tugas pokoknya, tetapi tidak terdapat ukuran yang mampu menunjukkan kontribusi masing-masing terhadap target GERMAS secara keseluruhan.

Lebih jauh lagi, kajian Najafi et al. (2023) menunjukkan bahwa keberhasilan kolaborasi lintas sektor di bidang kesehatan sangat ditentukan oleh keberadaan mekanisme pendanaan bersama, kepemimpinan kolektif, aturan koordinasi yang

jas, serta sistem berbagi sumber daya. Unsur-unsur tersebut tidak ditemukan secara kuat dalam implementasi GERMAS yang diteliti. Pembiayaan masih bersifat sektoral dan mengikuti logika anggaran masing-masing perangkat daerah. Akibatnya, program yang seharusnya menjadi tanggung jawab bersama tetap dijalankan secara parsial dan terfragmentasi.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Kim, Lim, dan Jang (2025) di Korea Selatan yang menemukan bahwa kesadaran akan pentingnya kolaborasi tidak otomatis menghasilkan frekuensi kolaborasi yang tinggi. Banyak organisasi mengakui pentingnya kerja sama lintas sektor, tetapi keterbatasan tata kelola, sumber daya, dan mekanisme operasional menyebabkan hubungan kolaboratif tidak berkembang secara optimal. Situasi yang sama juga ditemukan dalam studi Manuel dan Cruz (2026) mengenai promosi kesehatan di Filipina. Mereka menunjukkan bahwa kolaborasi menjadi lebih stabil ketika terdapat kejelasan mandat, pembiayaan bersama, dan institusionalisasi mekanisme kerja lintas organisasi. Sebaliknya, ketika peran antaraktor ambigu dan sumber daya tidak terintegrasi, kolaborasi cenderung berjalan secara administratif dan rentan mengalami stagnasi.

Dengan demikian, temuan penelitian ini mengindikasikan bahwa *collaborative governance* dalam implementasi GERMAS masih berada pada tahap koordinasi administratif. Banyaknya aktor yang terlibat belum diikuti oleh integrasi sumber daya, pembagian tanggung jawab yang terukur, maupun akuntabilitas kolektif. Dari perspektif governance network, efektivitas jaringan tidak ditentukan oleh jumlah organisasi yang bergabung, melainkan oleh kemampuan jaringan tersebut membangun hubungan yang menghasilkan tindakan bersama, pembelajaran kolektif, dan outcome yang dapat diukur (Shumate et al., 2023). Oleh karena itu, tantangan utama implementasi GERMAS ke depan bukan lagi menambah jumlah aktor yang terlibat, melainkan mentransformasikan kolaborasi simbolik menjadi kolaborasi substantif yang ditopang oleh indikator bersama, pembiayaan kolektif, dan mekanisme akuntabilitas lintas sektor.

Keterbatasan Sistem Monitoring dan Evaluasi Germas

Salah satu temuan paling mendasar dalam pelaksanaan GERMAS Kalimantan Selatan Tahun 2025 adalah lemahnya sistem monitoring dan evaluasi yang digunakan untuk menilai keberhasilan program. Berbagai laporan kegiatan menunjukkan bahwa pelaksanaan GERMAS mampu menghasilkan banyak aktivitas promosi kesehatan, kampanye perilaku hidup sehat, sosialisasi, edukasi masyarakat, pemeriksaan kesehatan, serta keterlibatan berbagai organisasi perangkat daerah. Namun demikian, sebagian besar capaian yang dilaporkan masih berhenti pada tingkat keluaran (output) dan belum mampu menjelaskan perubahan yang terjadi pada masyarakat sebagai sasaran utama program.

Hasil analisis dokumen menunjukkan tidak ditemukannya baseline yang secara jelas digunakan sebagai titik awal pengukuran keberhasilan program. Demikian pula target yang terukur, indikator outcome, maupun indikator impact belum dirumuskan secara sistematis dalam kerangka monitoring dan evaluasi. Akibatnya, berbagai kegiatan yang telah dilaksanakan sulit dihubungkan dengan perubahan perilaku masyarakat, peningkatan status kesehatan, ataupun penurunan

faktor risiko penyakit tidak menular yang sebenarnya menjadi tujuan utama GERMAS.

Temuan ini menunjukkan bahwa orientasi evaluasi program masih didominasi oleh pendekatan administratif yang berfokus pada pelaporan aktivitas. Keberhasilan program lebih banyak diukur melalui jumlah peserta yang hadir, banyaknya kegiatan yang terlaksana, jumlah institusi yang berpartisipasi, atau jumlah materi edukasi yang disampaikan. Padahal dalam perspektif evaluasi kebijakan publik modern, ukuran keberhasilan program tidak lagi ditentukan oleh banyaknya kegiatan yang dilakukan, melainkan oleh perubahan yang berhasil dihasilkan dari kegiatan tersebut. Dengan kata lain, ukuran utama bukan lagi “*berapa banyak kegiatan dilakukan*”, melainkan “*apa yang berubah setelah kegiatan dilakukan*”.

Permasalahan ini sesungguhnya bukan hanya persoalan teknis pengumpulan data, tetapi mencerminkan kelemahan desain tata kelola program. Waardenburg, Groenleer, dan De Jong (2025) menjelaskan bahwa sistem *collaborative governance* yang efektif membutuhkan *collaborative performance management*, yaitu mekanisme yang mampu menghubungkan proses kolaborasi dengan hasil yang dapat diukur. Ketika indikator kinerja hanya berfokus pada aktivitas organisasi masing-masing, maka kolaborasi akan kehilangan kemampuan untuk menunjukkan nilai tambah yang dihasilkan secara kolektif. Kondisi tersebut tampak pada implementasi GERMAS di Kalimantan Selatan. Banyak kegiatan lintas sektor telah dilaksanakan, tetapi tidak tersedia instrumen yang mampu menunjukkan kontribusi kegiatan tersebut terhadap perubahan perilaku hidup sehat masyarakat.

Ketiadaan baseline juga menyebabkan pemerintah daerah kehilangan kemampuan untuk mengukur kemajuan program secara objektif. Dalam pendekatan *evidence-based policy*, *baseline* berfungsi sebagai titik pembandingan yang memungkinkan evaluator mengetahui apakah terjadi perbaikan, stagnasi, atau bahkan kemunduran setelah intervensi dilaksanakan. Tanpa *baseline*, setiap capaian cenderung terlihat berhasil karena tidak ada ukuran awal yang dapat digunakan sebagai pembandingan. Situasi seperti ini berpotensi menghasilkan apa yang disebut Cairney dan Toomey (2024) sebagai “*assumed success*”, yaitu kondisi ketika keberhasilan program diasumsikan terjadi karena aktivitas telah dilaksanakan, meskipun bukti perubahan yang dihasilkan belum tersedia.

Kelemahan berikutnya terlihat pada tidak adanya rantai logika program (*logic model*) yang menghubungkan *input*, *proses*, *output*, *outcome*, dan *impact* secara sistematis. Najafi et al. (2023) menegaskan bahwa keberhasilan program lintas sektor sangat ditentukan oleh keberadaan mekanisme evaluasi yang mampu mengukur hasil jangka pendek, menengah, dan panjang secara berkelanjutan. Monitoring tidak cukup hanya mengumpulkan data aktivitas, tetapi harus mampu menilai perubahan perilaku, perubahan lingkungan pendukung kesehatan, serta dampak kesehatan yang muncul sebagai konsekuensi dari intervensi yang dilakukan. Dalam pelaksanaan GERMAS, sebagian besar indikator masih berada pada level aktivitas sehingga sulit menjelaskan hubungan sebab-akibat antara program dan perubahan kesehatan masyarakat.

Fenomena ini juga selaras dengan temuan Sasmito et al. (2026) mengenai implementasi kebijakan percepatan penurunan stunting di Indonesia. Penelitian

tersebut menunjukkan bahwa banyak pemerintah daerah menjalankan program sebagai bentuk kepatuhan administratif terhadap kebijakan nasional (*symbolic compliance*), namun belum memiliki kapasitas evaluatif yang cukup untuk menerjemahkan kegiatan menjadi hasil pembangunan yang nyata. Dalam kasus GERMAS Kalimantan Selatan, kecenderungan serupa mulai terlihat ketika laporan keberhasilan lebih banyak menampilkan dokumentasi kegiatan dibandingkan bukti perubahan indikator kesehatan masyarakat.

Dari perspektif *governance network*, lemahnya monitoring dan evaluasi juga menghambat proses pembelajaran organisasi. Shumate et al. (2023) menjelaskan bahwa efektivitas jaringan kolaborasi hanya dapat diketahui apabila tersedia indikator yang mampu mengukur kualitas hubungan antaraktor dan kontribusinya terhadap outcome bersama. Tanpa indikator tersebut, forum kolaborasi hanya menghasilkan pertukaran informasi tanpa kemampuan melakukan koreksi kebijakan secara adaptif.

Dengan demikian, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa sistem monitoring dan evaluasi GERMAS Kalimantan Selatan masih berada pada paradigma *output-based monitoring*. Sistem yang ada telah mampu mendokumentasikan aktivitas program, tetapi belum mampu menjelaskan perubahan perilaku, perubahan lingkungan pendukung kesehatan, maupun dampak kesehatan yang dihasilkan. Kondisi ini menyebabkan pemerintah daerah kesulitan membuktikan efektivitas investasi program yang telah dilakukan. Ke depan, penguatan monitoring dan evaluasi perlu diarahkan pada pembangunan baseline provinsi dan kabupaten/kota, penetapan target *outcome* yang terukur, pengembangan indikator dampak kesehatan, serta penerapan kerangka evaluasi berbasis hasil (*results-based monitoring and evaluation*) sehingga GERMAS tidak hanya mampu menunjukkan apa yang telah dikerjakan, tetapi juga apa yang benar-benar berhasil diubah dalam kehidupan masyarakat.

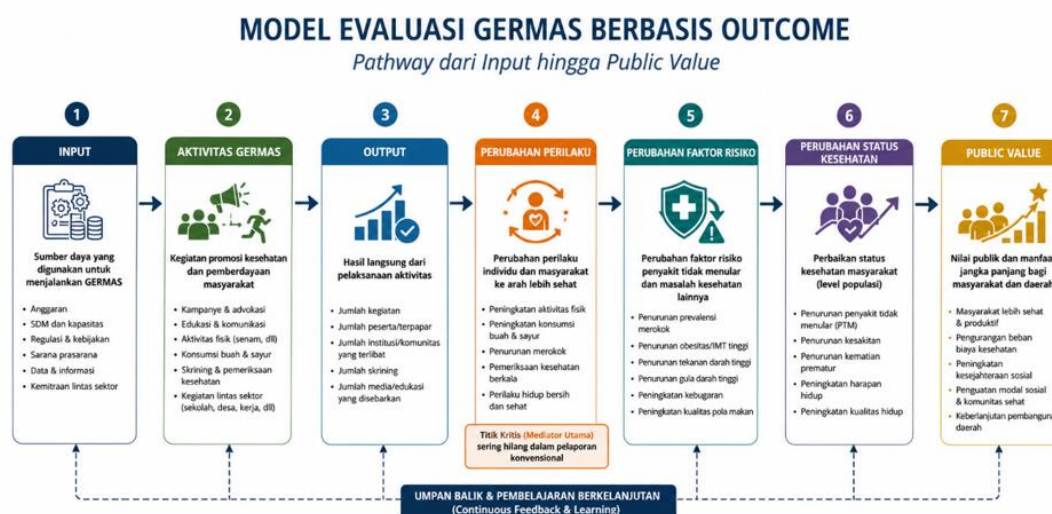
Merumuskan Model Evaluasi Germas Berbasis Outcome

Temuan-temuan sebelumnya memperlihatkan pola yang relatif konsisten dalam implementasi GERMAS Kalimantan Selatan Tahun 2025. Program mampu menghasilkan berbagai aktivitas lintas sektor, menggerakkan organisasi perangkat daerah, menyelenggarakan kampanye kesehatan, memperluas edukasi masyarakat, dan meningkatkan visibilitas isu hidup sehat dalam agenda pembangunan daerah. Akan tetapi, berbagai capaian tersebut masih sulit diterjemahkan menjadi bukti perubahan perilaku, penurunan faktor risiko, maupun peningkatan status kesehatan masyarakat. Dengan kata lain, GERMAS telah berhasil mendokumentasikan apa yang dikerjakan, tetapi belum sepenuhnya mampu menunjukkan apa yang berubah. Temuan inilah yang mendorong perlunya perumusan model evaluasi baru yang lebih sesuai dengan karakteristik promosi kesehatan modern dan tata kelola kesehatan masyarakat berbasis hasil.

Model evaluasi yang diusulkan dalam penelitian ini berangkat dari kritik terhadap dominasi pendekatan *output-based monitoring* yang selama ini digunakan. Sebagian besar indikator GERMAS masih berorientasi pada jumlah kegiatan, jumlah peserta, jumlah institusi yang terlibat, serta banyaknya sosialisasi yang dilaksanakan. Padahal literatur evaluasi kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa aktivitas hanyalah salah satu tahapan dalam rantai perubahan yang jauh lebih

panjang. Voss et al. (2025) menegaskan bahwa evaluasi intervensi kesehatan masyarakat yang kompleks memerlukan logic model yang mampu menghubungkan input, proses, output, outcome, dan impact secara sistematis. Tanpa hubungan tersebut, evaluator tidak dapat menjelaskan bagaimana suatu kegiatan menghasilkan perubahan yang diharapkan.

Berdasarkan temuan penelitian dan sintesis berbagai literatur, model evaluasi GERMAS yang diusulkan terdiri atas enam tahapan berurutan, yaitu: Input → Aktivitas GERMAS → Output → Perubahan Perilaku → Perubahan Faktor Risiko → Perubahan Status Kesehatan → Public Value. Model ini memperluas kerangka evaluasi konvensional dengan menempatkan perubahan perilaku sebagai titik kritis yang selama ini belum memperoleh perhatian memadai dalam pelaporan GERMAS, sebagaimana gambar berikut:



Pada tahap pertama, input mencakup sumber daya yang digunakan untuk menjalankan program, seperti anggaran, sumber daya manusia, dukungan regulasi, kemitraan lintas sektor, serta infrastruktur promosi kesehatan. Literatur *collaborative governance* menunjukkan bahwa kualitas input menentukan kapasitas sistem untuk menghasilkan perubahan berikutnya (Bianchi et al., 2021; Najafi et al., 2023).

Tahap kedua adalah aktivitas GERMAS, yang meliputi kampanye kesehatan, edukasi masyarakat, skrining kesehatan, senam bersama, promosi konsumsi buah dan sayur, serta kegiatan lintas sektor lainnya. Selama ini sebagian besar laporan berhenti pada tahapan ini. Padahal menurut Ottawa Charter, aktivitas promosi kesehatan bukan tujuan akhir, melainkan instrumen untuk menciptakan kemampuan individu dan masyarakat dalam mengubah perilakunya (Ottawa Charter Scoping Review Protocol, 2024).

Tahap ketiga adalah output, yaitu hasil langsung dari aktivitas yang dilakukan, misalnya jumlah peserta yang terpapar edukasi, jumlah sekolah yang melaksanakan program kesehatan, jumlah desa yang mengembangkan kegiatan GERMAS, atau jumlah masyarakat yang mengikuti skrining kesehatan. Output penting untuk mengukur implementasi program, tetapi tidak dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan akhir. Willmeroth et al. (2019) menunjukkan bahwa

indikator implementasi hanya menggambarkan kualitas pelaksanaan program dan tidak secara otomatis mencerminkan keberhasilan intervensi.

Tahap keempat merupakan inti *novelty model* ini, yaitu perubahan perilaku. Pada tahap ini evaluasi harus mulai mengukur indikator yang secara langsung berkaitan dengan tujuan GERMAS, seperti peningkatan aktivitas fisik, peningkatan konsumsi buah dan sayur, penurunan kebiasaan merokok, peningkatan pemeriksaan kesehatan berkala, dan peningkatan kepatuhan terhadap perilaku hidup sehat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa perubahan perilaku merupakan mediator utama antara intervensi kesehatan dan perbaikan status kesehatan (Zhang et al., 2025; Yenit et al., 2023; Njoku et al., 2025). Tanpa bukti perubahan perilaku, klaim keberhasilan program kesehatan menjadi sangat lemah.

Tahap kelima adalah perubahan faktor risiko. Setelah perilaku berubah, evaluasi perlu menilai dampaknya terhadap faktor-faktor risiko penyakit. Indikator yang dapat digunakan antara lain prevalensi merokok, obesitas, hipertensi, hiperglikemia, kurang aktivitas fisik, dan konsumsi pangan tidak sehat. Lämmle et al. (2013) menunjukkan bahwa hubungan antara intervensi kesehatan dan status kesehatan tidak bersifat langsung, melainkan dimediasi oleh perubahan faktor perilaku dan faktor risiko.

Tahap keenam adalah perubahan status kesehatan, yaitu outcome kesehatan yang menjadi tujuan pembangunan kesehatan daerah, seperti penurunan prevalensi penyakit tidak menular, penurunan angka kematian prematur, peningkatan usia harapan hidup, serta peningkatan kualitas hidup masyarakat. Pada tahap ini evaluasi mulai memasuki ranah population health sebagaimana dijelaskan oleh Bhosale et al. (2024), yaitu pengukuran perubahan kesehatan pada tingkat populasi.

Tahap terakhir adalah *public value*, yaitu nilai publik yang dihasilkan dari investasi kebijakan GERMAS. Konsep ini melampaui indikator kesehatan semata dan mencakup peningkatan produktivitas masyarakat, pengurangan beban pembiayaan kesehatan, peningkatan kesejahteraan sosial, serta penguatan kapasitas komunitas untuk hidup sehat secara berkelanjutan. Dalam perspektif kesehatan masyarakat modern, keberhasilan program tidak hanya diukur dari berkurangnya penyakit, tetapi juga dari kemampuan program menciptakan manfaat sosial yang dirasakan masyarakat secara luas (Crane et al., 2022).

Dengan demikian, model evaluasi berbasis outcome yang diusulkan dalam penelitian ini menawarkan pergeseran paradigma dari evaluasi berbasis aktivitas menuju evaluasi berbasis perubahan. Model ini memungkinkan pemerintah daerah menelusuri jalur perubahan secara lebih logis, menghubungkan investasi program dengan dampak kesehatan yang dihasilkan, sekaligus menyediakan instrumen yang lebih kuat untuk menilai efektivitas GERMAS. Novelty utama model ini terletak pada penempatan perubahan perilaku dan perubahan faktor risiko sebagai mata rantai evaluasi yang selama ini hilang dalam sistem pelaporan GERMAS, sehingga hubungan antara kegiatan program dan *public value* dapat dijelaskan secara lebih ilmiah, terukur, dan akuntabel.

Implikasi Kebijakan

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa tantangan utama implementasi GERMAS di Kalimantan Selatan bukan terletak pada rendahnya aktivitas program, melainkan pada lemahnya kemampuan sistem untuk membuktikan bahwa aktivitas

tersebut benar-benar menghasilkan perubahan kesehatan masyarakat. Berbagai kegiatan telah dilaksanakan secara luas melalui pendekatan lintas sektor, namun sistem evaluasi yang digunakan masih didominasi oleh logika administratif yang berorientasi pada pelaporan kegiatan. Akibatnya, keberhasilan program lebih banyak diukur melalui jumlah aktivitas yang dilaksanakan daripada perubahan yang berhasil diwujudkan. Kondisi tersebut memiliki implikasi penting baik secara teoretis maupun praktis terhadap pengembangan kebijakan promosi kesehatan di Indonesia.

Implikasi Teoretis

Secara teoretis, penelitian ini memberikan kritik terhadap paradigma evaluasi GERMAS yang selama ini cenderung mengadopsi pendekatan implementasi administratif. Dalam paradigma tersebut, keberhasilan program diasumsikan tercapai ketika kegiatan telah dilaksanakan sesuai rencana dan laporan administrasi telah disusun secara lengkap. Padahal berbagai kajian evaluasi kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa pelaksanaan program tidak selalu berbanding lurus dengan perubahan kesehatan yang dihasilkan (McGill et al., 2021; Voss et al., 2025).

Temuan penelitian ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara aktivitas program dan outcome kesehatan. Kesenjangan tersebut muncul karena sistem evaluasi belum mampu menjelaskan jalur perubahan (*causal pathway*) yang menghubungkan kegiatan GERMAS dengan perubahan perilaku, penurunan faktor risiko, dan peningkatan status kesehatan masyarakat. Dalam perspektif logic model, program kesehatan masyarakat harus dipahami sebagai rangkaian hubungan sebab-akibat yang saling terkait mulai dari input, proses, output, outcome, hingga impact (Voss et al., 2025). Ketika salah satu mata rantai tersebut tidak diukur, maka efektivitas program menjadi sulit dibuktikan.

Penelitian ini juga memperluas diskusi mengenai *collaborative governance* dalam sektor kesehatan. Selama ini keberhasilan kolaborasi sering diukur berdasarkan jumlah institusi yang terlibat. Temuan penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan banyak aktor tidak otomatis menghasilkan dampak yang lebih besar apabila tidak disertai indikator kinerja bersama, mekanisme akuntabilitas kolektif, dan sistem evaluasi lintas sektor (Waardenburg et al., 2025; Najafi et al., 2023). Oleh karena itu, penelitian ini mengusulkan reposisi evaluasi GERMAS dari pendekatan berbasis aktivitas menuju pendekatan berbasis outcome yang menempatkan perubahan perilaku sebagai mediator utama antara intervensi kesehatan dan status kesehatan populasi.

Implikasi Praktis bagi Kementerian Kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya reformulasi sistem pelaporan GERMAS secara nasional. Selama ini sebagian besar instrumen pelaporan masih berfokus pada jumlah kegiatan, jumlah peserta, dan jumlah institusi yang terlibat. Format tersebut perlu diperluas agar mampu menangkap perubahan perilaku dan outcome kesehatan yang dihasilkan.

Pertama, Kementerian Kesehatan perlu mengubah format pelaporan GERMAS dari sistem berbasis kegiatan menjadi sistem berbasis hasil. Setiap laporan tidak hanya memuat apa yang dilakukan, tetapi juga apa yang berubah setelah intervensi dilaksanakan. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip results-based

monitoring and evaluation yang saat ini menjadi standar dalam evaluasi program kesehatan masyarakat (Noorihekmat et al., 2020; Santos et al., 2025).

Kedua, indikator perilaku perlu dimasukkan sebagai indikator inti GERMAS. Beberapa indikator yang dapat digunakan antara lain proporsi masyarakat yang melakukan aktivitas fisik minimal 150 menit per minggu, konsumsi buah dan sayur harian, kepatuhan pemeriksaan kesehatan berkala, prevalensi merokok, serta perilaku sedentari. Literatur promosi kesehatan menunjukkan bahwa perubahan perilaku merupakan indikator paling sensitif untuk mengukur keberhasilan intervensi kesehatan masyarakat (Zhang et al., 2025; Yenit et al., 2023).

Ketiga, pengukuran outcome harus menjadi bagian wajib dalam evaluasi GERMAS. Outcome dapat berupa perubahan prevalensi hipertensi, obesitas, diabetes melitus, faktor risiko penyakit tidak menular, maupun peningkatan kualitas hidup masyarakat. Dengan demikian, pemerintah pusat dapat menilai apakah investasi program benar-benar menghasilkan manfaat kesehatan yang nyata bagi masyarakat.

Implikasi bagi Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota

Pada tingkat daerah, hasil penelitian ini menunjukkan perlunya transformasi sistem monitoring GERMAS menjadi sistem yang lebih adaptif, terintegrasi, dan berbasis data. Langkah pertama yang dapat dilakukan adalah membangun Dashboard GERMAS Daerah yang mengintegrasikan data lintas sektor dalam satu platform digital. Dashboard tersebut tidak hanya menampilkan aktivitas program, tetapi juga indikator perilaku, faktor risiko, dan status kesehatan masyarakat secara berkala.

Langkah kedua adalah menyelenggarakan Survei Perilaku GERMAS Tahunan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Survei ini berfungsi sebagai sumber data baseline sekaligus alat untuk mengukur perubahan perilaku masyarakat dari tahun ke tahun. Pengalaman berbagai program kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa survei perilaku jauh lebih sensitif dalam menangkap dampak intervensi dibandingkan pelaporan administratif semata (Bader et al., 2023; Williams et al., 2023).

Langkah ketiga adalah memperkuat pengukuran lintas sektor. Dinas kesehatan tidak dapat bekerja sendiri dalam mengukur keberhasilan GERMAS. Dinas pendidikan dapat mengukur aktivitas fisik siswa, dinas ketahanan pangan dapat mengukur akses pangan sehat, dinas pemuda dan olahraga dapat memantau partisipasi olahraga masyarakat, sementara BPS dapat mendukung pengembangan indikator statistik kesehatan berbasis populasi. Pendekatan ini sejalan dengan konsep *whole-of-system approach* yang menempatkan kesehatan sebagai hasil dari interaksi berbagai sektor pembangunan (Crane et al., 2022).

Dengan demikian, implikasi utama penelitian ini adalah perlunya perubahan paradigma evaluasi GERMAS dari sistem yang berorientasi pada pelaksanaan kegiatan menuju sistem yang berorientasi pada perubahan. Program kesehatan masyarakat tidak dapat lagi dinilai hanya berdasarkan jumlah sosialisasi, rapat koordinasi, atau peserta yang hadir. Ukuran keberhasilan yang sesungguhnya terletak pada kemampuan program menghasilkan masyarakat yang lebih aktif bergerak, lebih sehat, memiliki faktor risiko yang lebih rendah, dan pada akhirnya

menciptakan nilai publik berupa peningkatan kualitas hidup serta produktivitas masyarakat secara berkelanjutan.

D. PENUTUP

Kesimpulan

1. Penelitian ini menunjukkan bahwa model pelaporan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025 masih didominasi oleh pendekatan deskriptif-administratif yang berorientasi pada pelaporan kegiatan dan statistik kesehatan populasi. Sebagian besar informasi yang disajikan berisi capaian program, jumlah kegiatan, jumlah peserta, cakupan pelayanan, dan indikator kesehatan makro, sementara informasi mengenai perubahan perilaku masyarakat sebagai tujuan utama GERMAS masih sangat terbatas. Kondisi tersebut menyebabkan laporan lebih berfungsi sebagai dokumen akuntabilitas administratif dibandingkan instrumen evaluasi efektivitas program.
2. Penelitian menemukan bahwa sistem pelaporan yang digunakan belum mampu menjelaskan hubungan kausal antara aktivitas GERMAS dengan perubahan kesehatan masyarakat. Berbagai capaian kesehatan yang dilaporkan, seperti penurunan stunting, peningkatan pelayanan kesehatan, maupun pengendalian penyakit, belum dapat secara meyakinkan dikaitkan dengan kontribusi GERMAS karena tidak tersedia mekanisme evaluasi yang mampu menelusuri jalur perubahan dari aktivitas menuju outcome kesehatan. Akibatnya, keberhasilan program lebih banyak diasumsikan berdasarkan terlaksananya kegiatan dibandingkan dibuktikan melalui perubahan yang terjadi pada masyarakat.
3. Penelitian juga menemukan bahwa perubahan perilaku masyarakat sebagai sasaran utama GERMAS belum menjadi fokus utama dalam sistem monitoring dan evaluasi. Tidak ditemukan indikator yang secara sistematis mengukur peningkatan aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur, perilaku pemeriksaan kesehatan berkala, pengurangan perilaku merokok, maupun perubahan perilaku hidup sehat lainnya. Padahal perubahan perilaku merupakan mata rantai utama yang menghubungkan intervensi promosi kesehatan dengan perbaikan status kesehatan masyarakat.
4. Dari perspektif *collaborative governance*, penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan lintas sektor dalam implementasi GERMAS telah berlangsung cukup luas, namun masih bersifat administratif dan koordinatif. Banyak perangkat daerah terlibat dalam pelaksanaan program, tetapi belum terdapat indikator kontribusi bersama, mekanisme akuntabilitas kolektif, sistem pembiayaan kolaboratif, maupun ukuran kinerja lintas sektor yang dapat menunjukkan efektivitas kolaborasi. Akibatnya, kolaborasi lebih banyak berfungsi sebagai simbol komitmen kelembagaan daripada instrumen transformasi kesehatan masyarakat.
5. Penelitian ini menghasilkan model baru yang disebut *Outcome-Based Gernas Evaluation* (OBGE), yaitu model evaluasi yang menempatkan perubahan perilaku sebagai titik sentral evaluasi. Model ini terdiri atas rantai evaluasi Input → Aktivitas GERMAS → Output → Perubahan Perilaku →

Perubahan Faktor Risiko → Perubahan Status Kesehatan → Public Value. Model tersebut memungkinkan pemerintah menilai kontribusi nyata GERMAS terhadap peningkatan kesehatan masyarakat sekaligus menghubungkan investasi program dengan nilai publik yang dihasilkan. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya mengidentifikasi kelemahan sistem pelaporan yang ada, tetapi juga menawarkan kerangka evaluasi baru yang lebih relevan bagi pengembangan GERMAS di Indonesia.

Rekomendasi

1. Bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, diperlukan reformasi nasional sistem monitoring dan evaluasi GERMAS dengan mengubah format pelaporan yang selama ini berbasis aktivitas menjadi berbasis outcome. Kementerian perlu menetapkan indikator nasional perubahan perilaku yang wajib dilaporkan seluruh daerah, seperti aktivitas fisik mingguan, konsumsi buah dan sayur, perilaku merokok, pemeriksaan kesehatan berkala, dan perilaku sedentari. Selain itu, perlu dikembangkan Dashboard Nasional GERMAS yang mengintegrasikan data perilaku, faktor risiko, dan outcome kesehatan sehingga evaluasi tidak lagi berhenti pada jumlah kegiatan yang dilaksanakan.
2. Bagi Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan, perlu dibangun Sistem Informasi Evaluasi GERMAS Terintegrasi yang menghubungkan seluruh kabupaten/kota dalam satu platform digital. Pemerintah provinsi juga perlu melaksanakan Survei Perilaku GERMAS secara berkala minimal satu kali setiap tahun sebagai sumber data baseline dan alat ukur perubahan perilaku masyarakat. Hasil survei tersebut harus menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan kesehatan daerah dan penetapan prioritas intervensi promotif-preventif.
3. Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota, diperlukan penguatan implementasi GERMAS berbasis wilayah melalui penyusunan indikator kinerja daerah yang terukur hingga tingkat kecamatan, desa, dan kelurahan. Setiap pemerintah daerah perlu menetapkan target tahunan terkait aktivitas fisik masyarakat, konsumsi pangan sehat, penurunan prevalensi merokok, serta peningkatan pemeriksaan kesehatan berkala. Pengukuran tersebut harus dilakukan secara rutin dan menjadi bagian dari evaluasi pembangunan daerah.
4. Bagi Organisasi Perangkat Daerah (OPD) lintas sektor, perlu dibangun *mekanisme collaborative governance* yang lebih substantif melalui penetapan indikator kontribusi masing-masing sektor. Dinas Pendidikan dapat mengukur aktivitas fisik siswa, Dinas Pemuda dan Olahraga memantau partisipasi olahraga masyarakat, Dinas Ketahanan Pangan mengukur akses pangan sehat, sedangkan Bappeda mengintegrasikan indikator tersebut dalam sistem pembangunan daerah. Dengan demikian, keberhasilan GERMAS menjadi tanggung jawab bersama, bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan.
5. Bagi akademisi dan perguruan tinggi, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan instrumen evaluasi perilaku kesehatan berbasis bukti ilmiah. Perguruan tinggi juga dapat menjadi mitra pemerintah dalam melakukan survei perilaku, evaluasi dampak program, pengembangan

dashboard analitik, serta pengujian model *Outcome-Based Gernas Evaluation* (OBGE) pada berbagai wilayah di Indonesia.

6. Bagi masyarakat dan organisasi kemasyarakatan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan GERMAS tidak ditentukan oleh banyaknya kegiatan yang dilaksanakan, melainkan oleh perubahan perilaku yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, partisipasi masyarakat perlu diarahkan tidak hanya pada kehadiran dalam kegiatan, tetapi juga pada komitmen untuk menerapkan perilaku hidup sehat secara berkelanjutan di lingkungan keluarga, sekolah, tempat kerja, dan komunitas.
7. Bagi peneliti selanjutnya, diperlukan penelitian lanjutan untuk menguji validitas dan reliabilitas model *Outcome-Based Gernas Evaluation* (OBGE) pada berbagai daerah dengan karakteristik sosial, budaya, dan geografis yang berbeda. Pengujian empiris tersebut penting untuk memastikan bahwa model yang diusulkan dapat menjadi standar evaluasi GERMAS secara nasional pada masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, H., Friska, E., Arsyi, M., Sutrisno, A. E., Waits, A., & Rahmawati, N. D. (2023). A multilevel analysis of the triple burden of malnutrition in Indonesia: Trends and determinants from repeated cross-sectional surveys. *BMC Public Health*, 23, 1836.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Anselma, M., Altenburg, T. M., Twisk, J. W. R., Wang, X., & Chinapaw, M. J. M. (2023). How to evaluate the effectiveness of health promotion actions developed through youth-centered participatory action research. *Health Education & Behavior*, 50(2), 199–210. <https://doi.org/10.1177/10901981211046533>
- Bader, B., Coenen, M., Hummel, J., Schoenweger, P., Voss, S., & Jung-Sievers, C. (2023). Evaluation of community-based health promotion interventions in children and adolescents in high-income countries: A scoping review on strategies and methods used. *BMC Public Health*, 23, 845.
- Belcher, B. M., Bonaiuti, E., & Thiele, G. (2024). Applying theory of change in research program planning: Lessons from CGIAR. *Environmental Science & Policy*, 160, 103850.
- Bhosale, A. S., Urquhart, O., Carrasco-Labra, A., Mathur, M. R., Rafia, K., & Glick, M. (2024). Population health and public health: Commonalities and differences. *Journal of Public Health Dentistry*, 85(1), 40–46.
- Bianchi, C., Nasi, G., & Rivenbark, W. C. (2021). Implementing collaborative governance: Models, experiences, and challenges. *Public Management Review*, 23(11), 1581–1589. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1878777>
- Biehl, V., Potvin, L., Plunger, P., Wahl, A., & Van den Broucke, S. (2026). Strengthening the capacity for health promotion: Reflections on forty years since the Ottawa Charter. *International Journal of Public Health*, 71, 1609452.

- Buetti, D., Fitzgerald, M., Barber, C., et al. (2024). The use of contribution analysis in evaluating health interventions: A scoping review. *Evaluation & the Health Professions*, 48(3), 363–373.
- Buregeya, J. M., Loignon, C., & Brousselle, A. (2020). Contribution analysis to analyze the effects of health impact assessment at the local level. *Evaluation and Program Planning*, 79, 101746.
- Cairney, P., & Toomey, C. (2024). Collaborative policymaking: A qualitative systematic review of advice for policymakers. *Open Research Europe*, 4, 204.
- Carrion, A. J., Miles, J. D., Thompson, M. D., Journee, B., & Nelson, E. (2021). Program evaluation through the use of logic models. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 13(7), 789–795.
- Cordova-Pozo, K., Hoopes, A. J., Cordova, F., Vega, B., Segura, Z., & Hagens, A. (2018). Applying the results-based management framework to the CERCA multi-component project in adolescent sexual and reproductive health: A retrospective analysis. *Reproductive Health*, 15(24). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0461-3>
- Crane, M., Nathan, N., McKay, H., Lee, K., Wiggers, J., & Bauman, A. (2022). Understanding the sustainment of population health programmes from a whole-of-system approach. *Health Research Policy and Systems*, 20(37).
- Essis, E. M. L., Yaméogo, W. M. E., Sossa, O. G., Doukouré, D., Compaoré, R., Kpebo, D. O. D., Agbré-Yacé, M. L., Aka, J., Tiembré, I., Sondo, B., & Kouanda, S. (2023). Development of monitoring and evaluation systems in four national programs addressing mother and child health in Côte d'Ivoire. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 699–709.
- Fiorito, T., & Veenswijk, M. (2025). Merit of the myth: The symbolic aspects of public–private partnership in Dutch law enforcement. *Journal of Co-operative Organization and Management*, 13(2), Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.jcom.2025.100269>
- Flores, Y. N., Robertson, T., Toledo, M. T., Machado, C. J., Hernández, A. L., Mora, C. A. G., et al. (2025). The role of demographic and epidemiologic transitions on growing health expenditures in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44, 101070.
- Frenk, J., & Murray, C. J. L. (2026). Lancet Commission on Health Systems Performance Assessment. *The Lancet*, 407(10523), 12–13.
- Kaur, M., Prinja, S., & Kumar, R. (2015). Evaluating the performance of health promotion interventions. *Indian Journal of Medical Research*, 142(2), 109–112.
- Kim, H.-J., Lim, J.-Y., & Jang, S.-N. (2025). Intersectoral collaboration among community health and social workers in disability-related organizations in South Korea: Awareness, perceived importance, frequency, and satisfaction. *International Journal of Integrated Care*, 25, 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.8583>

- Koulouvari, A. D., Margariti, A., Sakellari, E., Barbouni, A., & Lagiou, A. (2025). Applications of behavioral change theories and models in health promotion interventions: A rapid review. *Behavioral Sciences*, 15(5), 580.
- Lämmle, L., Woll, A., Mensink, G. B. M., & Bös, K. (2013). Distal and proximal factors of health behaviors and their associations with health in children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), 2944–2978.
- Liu, S., Sun, M., Zhang, N., Sun, Z., Tian, X., Li, L., & Wang, Y. (2024). Shaping global health promotion: A comprehensive analysis of the 10 Global Conferences on Health Promotion Conferences (1986–2021). *Global Health Journal*, 8(2), 91–96.
- Manuel, R. R., & Cruz, R. B. (2026). The politics of collaborative governance in local health promotion in the Philippines: Determinants, risks, and institutional reforms. *Policy & Governance Review*, 10(1), 38–52. <https://doi.org/10.30589/pgr.v10i1.1350>
- McCracken, K., & Phillips, D. R. (2017). Demographic and epidemiological transition. In *International Encyclopedia of Geography: People, the Earth, Environment and Technology*.
- McGill, E., Er, V., Penney, T., Egan, M., White, M., Meier, P., Whitehead, M., Lock, K., Anderson de Cuevas, R., Smith, R., Savona, N., Rutter, H., Marks, D., de Vocht, F., Cummins, S., Popay, J., & Petticrew, M. (2021). Evaluation of public health interventions from a complex systems perspective: A research methods review. *Social Science & Medicine*, 272, 113697.
- McGill, E., Er, V., Penney, T., et al. (2021). Evaluation of public health interventions from a complex systems perspective: A research methods review. *Social Science & Medicine*, 272, 113697.
- Miranda, A. V., Nugraha, R. R., Sirmareza, T., et al. (2024). Improving stunting prevention program through community healthcare workers training and home-based growth monitoring. *Paediatrica Indonesiana*, 64(6), 536–545.
- Muellmann, S., Jahnel, T., Barnils, N. P., Pan, C. C., & Gerhardus, A. (2026). Frameworks for developing and evaluating public health interventions in primary prevention and health promotion: A scoping review. *BMC Public Health*, 26, 1239. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27174-x>
- Najafi, M., Mosadeghrad, A. M., Arab, M., & Mosadeghrad, A. (2023). Mechanisms of intersectoral collaboration in the health system: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 52(11), 2299–2312. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i11.14030>
- Njoku, A. U., Molla, A. R., & Tohura, S. (2025). Health behavior and health promotion theories: Application in environmental sciences and health. In *Handbook of Concepts in Health, Health Behavior and Environmental Health*.
- Noorihekmat, S., Rahimi, H., Mehrolhassani, M. H., Chashmyazdan, M., Haghdooost, A. A., Tabatabaei, S. V. A., & Dehnavieh, R. (2020).

- Frameworks of performance measurement in public health and primary care system: A scoping review and meta-synthesis. *International Journal of Preventive Medicine*, 11, 165.
- Ottawa Charter Scoping Review Protocol. (2024). The Ottawa Charter as a framework for health promotion evaluation: A scoping review. *Open Science Framework*.
- Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (Eds.). (2022). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Parkinson, J. A. (2025). Promoting behavioral change to improve health outcomes. *Behavioral Sciences*, 15(4), 417.
- Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan. (2026). *Laporan Pelaksanaan GERMAS Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025*.
- Santos, C. J. M., Barbosa, A. S., & Sant'Anna, Â. M. O. (2025). Performance measurement systems in primary health care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 25, 353.
- Saragih, M. T. C., Rochadi, R. K., & Nurmaini. (2026). Factors affecting the implementation of the GERMAS program: Analysis of social support and community empowerment in Langkat Regency. *International Journal of Health, Education and Social*, 9(2).
- Sarani, M., Heydari, A., Hosseini Zare, S. M., Hosseini-Zare, M. S., Zadeh Bazi, M. A., Sarani, N., & Isfahani, P. (2022). Evaluation of knowledge, attitude, and protective behaviors of teachers against dust phenomenon based on the Health Belief Model. *The Open Public Health Journal*, 15.
- Sasmito, L., Supranoto, S., Indriastuti, S., Prayitno, H., & Sawir, M. (2026). From symbolic compliance to strategic action: Local governance and the implementation of Indonesia's stunting reduction policy. *SN Social Sciences*, 6, 165.
- Schenk, P. M., Michie, S., Johnston, M., & Cornelius, T. (2025). Measuring processes of change in behavioural interventions: Insights gained from linking mechanisms of action to associated measures. *British Journal of Health Psychology*, 30(3), e70015. <https://doi.org/10.1111/bjhp.70015>
- Shumate, M., Dougherty, S. M., Miles, J.-P., Boyer, A.-M., Wang, R., Gibson, Z. M., & Cooper, K. R. (2023). Network effectiveness in context. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 33(4), 716–729. <https://doi.org/10.1093/jopart/muad003>
- Simpson, A., Beauchamp, M. R., Dimmock, J., Willis, C., & Jackson, B. (2025). Health behaviour change: Theories, progress, and recommendations for the next generation of physical activity research. *Psychology of Sport and Exercise*, 80, 102918.
- Simpson, A., Jackson, B., Rosenberg, M., & Willis, C. (2025). Measuring delivery and impact in community-based health promotion initiatives: Development and overview of the Healthway Evaluation Framework. *Frontiers in Public Health*, 13, 1676965. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1676965>

- Sinshaw, A. (2024). Monitoring and evaluation framework for primary health care programmes and systems: A review. *International Journal of Integrated Care*, 24, 283.
- Stock, C. (2023). Editorial: Experts' opinion in public health education and promotion. *Frontiers in Public Health*, 11, 1211391.
- Syabella, V. A., Myvara, V., Zacky, M. K., & Prathama, A. (2024). Implementation of a healthy living culture through the healthy community movement program (GERMAS) in Sumberasih District. *Jati Emas: Jurnal Aplikasi Teknik dan Pengabdian Masyarakat*, 8(2).
- Voss, S., Bauer, J., Coenen, M., Jung-Sievers, C., Moore, G., & Rehfuess, E. (2025). Logic models for the evaluation of complex interventions in public health: Lessons learnt from a staged development process. *BMC Public Health*, 25, 1923.
- Waardenburg, M., Groenleer, M., & De Jong, J. (2025). Performance management in collaborative governance: A review of the literature and synthesis of the challenges. *Public Performance & Management Review*, 48(4), 735–767. <https://doi.org/10.1080/15309576.2025.2510973>.
- Wilberg, A., Saboga-Nunes, L., & Stock, C. (2021). Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. *Journal of Public Health*, 29, 1–7.
- Williams, G., Greenhalgh, C., Spencer, A., Farragher, T., Gittins, M., & Verma, A. (2023). Identifying indicators for the evaluation of community interventions and initiatives in a multi-site public health programme. *Journal of Public Health*, 45(Suppl. 1), i10–i18.
- Willmeroth, T., Wesselborg, B., & Kuske, S. (2019). Implementation outcomes and indicators as a new challenge in health services research: A systematic scoping review. *Inquiry*, 56, 1–15.
- Yenit, M. K., Kolbe-Alexander, T. L., Gelaye, K. A., Gezie, L. D., Tesema, G. A., Abebe, S. M., Azale, T., Shitu, K., & Gyawali, P. (2023). An evaluation of community health workers' knowledge, attitude and personal lifestyle behaviour in non-communicable disease health promotion and their association with self-efficacy and NCD-risk perception. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5642.
- Zhang, S., Miao, C., et al. (2025). The influence of attribution style and goal accessibility on health beliefs and exercise willingness: Experimental evidence from university students. *Behavioral Sciences*, 15(6), 763.
- Zhang, Y., Chen, H., Chen, X., Gao, S., Zhu, W., Hu, L., Li, Y., & Sun, H. (2026). Monitoring and evaluation instruments of individual health in community settings: A scoping review. *Archives of Public Health*, 84, 38.