



PROMOSI KESEHATAN & **PERILAKU KESEHATAN**



Martina Pakpahan • Deborah Siregar • Andi Susilawaty • Tasnim • Mustar
Radeny Ramdany • Evanny Indah Manurung • Efendi Sianturi
Marianna Rebecca Gadis Tompunu • Yenni Ferawati Sitanggang • Maisyarah. M

PROMOSI KESEHATAN & **PERILAKU KESEHATAN**



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Tentang droit de suite Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

Pembatasan Perbuatan Pasal 26

Keterbatasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, huruf 2), dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- penggunaan kutipan sebagian Ciptaan dari suatu produk Hak Terkait untuk keperluan pendidikan ilmiah yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi ilmiah;
- Penggunaan Ciptaan dari suatu produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- Penggunaan Ciptaan dari suatu produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- penggunaan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memerlukan suatu Ciptaan dari suatu produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyanyi

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Swasta Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan/atau huruf g atau Penggunaan Swasta Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan

Martina Pakpahan, Deborah Siregar, Andi Susilawaty, Tasnim, Mustar,
Radeny Ramdany, Evanny Indah Manurung
Efendi Sianturi, Marianna Rebecca Gadis Tompunu
Yenni Ferawati Sitanggang, Maisyarah. M



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Martina Pakpahan, Deborah Siregar, Andi Susilawaty, Tasnim
Mustar, Radeny Ramdany, Evanny Indah Manurung
Efendi Sianturi, Marianna Rebecca Gadis Tompunu
Yenni Ferawati Sitanggang, Maisyarah. M

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Tim Kreatif Kita Menulis

Sampul: pexels.com

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

Martina Pakpahan., dkk.

Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv, 168 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-6840-73-3

Cetakan 1, Februari 2021

- I. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya, buku “Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan” ini dapat ditulis dan diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun bersama secara kolaborasi oleh beberapa penulis dari berbagai Universitas melalui kerja sama yang baik sebagai bentuk perwujudan dari kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Promosi kesehatan masih menjadi primadona dan strategi kunci upaya kesehatan dalam peningkatan kesehatan individu, keluarga ataupun komunitas. Hal tersebut dapat dilakukan dalam semua rentang kehidupan, dalam rentang sehat-sakit dan di berbagai tatanan. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus meningkatkan kesehatan melalui perubahan perilaku namun juga mengoptimalkan seluruh faktor yang memengaruhi (determinan) kesehatan untuk turut mendukung peningkatan kesehatan. Optimalisasi peran determinan sosial kesehatan dalam peningkatan kesehatan menjadi fokus program Healthy People 2030.

Keterkaitan konsep, teori dan aplikasi mengenai Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan dibahas secara komprehensif dan disusun menjadi 11 bab, yaitu:

1. Konsep dan Perkembangan Promosi Kesehatan
2. Konsep Perilaku Kesehatan
3. Determinan Perilaku Kesehatan
4. Model-Model Promosi Kesehatan
5. Ruang Lingkup dan Prinsip Promosi Kesehatan
6. Tiga Level Pencegahan Pada Berbagai Tatanan
7. Strategi Promosi Kesehatan
8. Pendidikan Kesehatan

9. Metode dalam Promosi Kesehatan
10. Pengembangan Media dalam Promosi Kesehatan
11. Program Promosi Kesehatan di Indonesia dan Dunia

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan buku ini masih terdapat kekurangan, sehingga kami sebagai penulis mengharapkan saran dan kritik dari pembaca demi menyempurnakan buku ini. Penulis juga berharap buku ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya tentang Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan kepada seluruh pembaca.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada penerbit Yayasan Kita Menulis dan semua pihak yang telah berperan aktif dalam penulisan dan penyusunan buku Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan ini.

Februari 2021

Penulis
Martina Pakpahan, dkk

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Konsep dan Perkembangan Promosi Kesehatan

1.1 Healthy People 2030	1
1.2 Konsep Promosi Kesehatan.....	3
1.2.1 Komponen.....	4
1.2.2 Tujuan.....	5
1.2.3 Prinsip.....	6
1.2.4 Hasil (Outcome)	8
1.3 Perkembangan Promosi Kesehatan.....	10
1.3.1 Deklarasi Alma Ata (Declaration of Alma Ata)	10
1.3.2 Piagam Ottawa (Ottawa Charter).....	11
1.3.3 Rekomendasi Adelaide (Adelaide Recommendation)	12
1.3.4 Konferensi Internasional Promosi Kesehatan III di Sundsvall, S Wedda	12
1.3.5 Deklarasi Jakarta (The Jakarta Declaration)	13
1.3.6 Piagam Bangkok (Bangkok Charter).....	13
1.3.7 Konferensi Global Nairobi (Nairobi Conference)	14
1.3.8 Konferensi Promosi Kesehatan Global WHO	14

Bab 2 Konsep Perilaku Kesehatan

2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Pengertian Perilaku.....	16
2.3 Perilaku Kesehatan	17

2.4 Teori Perilaku Kesehatan	18
2.5 Strategi Perubahan Perilaku Kesehatan	25

Bab 3 Determinan Perilaku Kesehatan

3.1 Definisi dan Domain Perilaku Kesehatan.....	29
3.2 Pengetahuan (Knowledge).....	32
3.2.1 Sikap (Attitude).....	39
3.2.2 Tindakan (Practice)	42
3.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku Kesehatan.....	43
3.3.1 Teori Lawrence Green	43
3.3.2 Teori Snehandu B. Karr	47
3.3.3 Teori World Health Organization (WHO)	49
3.3.4 Teori Health Belief Model	49
3.4 Perubahan Perilaku Kesehatan	52
3.4.1 Bentuk Perubahan Perilaku.....	52
3.4.2 Tahapan Perubahan Perilaku	53
3.4.3 Strategi Perubahan Perilaku.....	54

Bab 4 Model - Model Promosi Kesehatan

4.1 Pendahuluan.....	57
4.2 Model Keyakinan Kesehatan (Health Belief Model)	60
4.3 Theory of Reasoned Action	62
4.3.1 Sikap.....	64
4.3.2. Norma Subjektif	64
4.4 Theory of Planned Behaviour	65
4.4.1 Persepsi Kontrol Keperilakuan (Perceived Behavioral Control).....	66

Bab 5 Ruang Lingkup dan Prinsip Promosi Kesehatan

5.1 Pendahuluan	67
5.2 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	68
5.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan	73
5.4 Prinsip Promosi Kesehatan	75
5.5 Visi dan Misi Promosi Kesehatan	78
5.6 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat	78

Bab 6 Tiga Level Pencegahan Pada Berbagai Tatanan

6.1 Pendahuluan.....	81
6.2 Tiga Level Pencegahan	82
6.2.1 Pencegahan Primer	83

6.2.2 Pencegahan Sekunder.....	85
6.2.3 Pencegahan Tersier.....	87
6.3 Strategi Pencegahan	89

Bab 7 Strategi Promosi Kesehatan

7.1 Pendahuluan	93
7.2 Strategi Promosi Kesehatan Menurut WHO	94
7.2.1 Advokasi (Advocacy).....	94
7.2.2 Dukungan Sosial (Social Support)	96
7.2.3 Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)	97
7.3 Strategi Promosi Kesehatan Menurut Piagam Ottawa	99
7.3.1 Kebijakan Berwawasan Kesehatan	99
7.3.2 Lingkungan yang Mendukung.....	100
7.3.3 Reorientasi Pelayanan Kesehatan.....	100
7.3.4 Keterampilan Individu.....	101
7.3.5 Gerakan Masyarakat.....	101
7.4 Strategi Promosi Kesehatan Berdasarkan Aktivitas.....	102

Bab 8 Pendidikan Kesehatan

8.1 Pendahuluan	103
8.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan	104
8.2.1 Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan	105
8.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan	106
8.4 Prinsip Pendidikan Kesehatan	107
8.5 Sub Bidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan.....	107
8.6 Alat Bantu Dan Media Pendidikan Kesehatan.....	108
8.7 Media Pendidikan Kesehatan	111
8.8 Metode Pendidikan Kesehatan	112

Bab 9 Metode Dalam Promosi Kesehatan

9.1 Pendahuluan	115
9.2 Pengertian Metode Dalam Promosi Kesehatan.....	116
9.2.1 Faktor – Faktor yang Memengaruhi Metode dalam Promosi Kesehatan	117
9.3 Metode dan Tujuan Penggunaanya.....	118
9.4 Jenis – Jenis Metode Dalam Promosi Kesehatan.....	120

Bab 11 Program Promosi Kesehatan di Indonesia dan Dunia

11.1 Perkembangan Program Promosi Kesehatan	137
11.2 Prioritas Promosi kesehatan Abad 21	140

11.3 Program Promosi Kesehatan	142
11.3.1 Program promosi Kesehatan dalam berbagai Setting.....	144
11.3.2 Komponen Program promosi kesehatan	146
11.4 Model Program promosi Kesehatan	147
11.5 Pemangku Kebijakan Dalam program promosi kesehatan.	150
 Daftar Pustaka	 152
Biodata Penulis	161

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Determinan Sosial Kesehatan for Healthy People 2030	2
Gambar 1.2: Determinan Sosial Kesehatan dan Kesenjangan Kesehatan ...	6
Gambar 1.3: General Classification of Outcomes Category	8
Gambar 1.4: Outcomes for Health Promotion Activities	9
Gambar 1.5: Hierarchy of Potential Outcomes in Health Promotion	10
Gambar 2.1: Theory of Planned Behavior dan Theory of Reasoned Action	21
Gambar 2.2: Transtheoretical Model: Tahap Perubahan Perilaku.....	23
Gambar 2.3: Health Belief Model	24
Gambar 4.1: Faktor-faktor Penentu Derajat Kesehatan Individu ataupun Masyarakat.....	58
Gambar 4.2: Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model)	62
Gambar 4.3: Model Promosi Kesehatan Berdasarkan Theory of Reasoned Action	63
Gambar 4.4: Model promosi kesehatan berdasarkan Theory of Planned Behaviour	66
Gambar 11.1: Komponen Program Promosi Kesehatan	147

Daftar Tabel

Tabel 6.1: Bentuk pencegahan primer pada penyakit	85
Tabel 6.2: Bentuk Pencegahan Sekunder Pada Penyakit	87
Tabel 6.3: Strategi Pencegahan Stroke Pada Dewasa Muda	91
Tabel 10.1: Material dan media dalam promosi Kesehatan	135

Bab 1

Konsep dan Perkembangan Promosi Kesehatan

1.1 Healthy People 2030

Sehat merupakan hak asasi dan kebutuhan mendasar manusia. Sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh, tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (World Health Organization/WHO, 1958). Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, menjelaskan bahwa sehat meliputi aspek fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Status kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor umum yang turut memengaruhi kesehatan, dikenal sebagai determinan sehat. Blum (1981) merumuskan bahwa determinan sehat terdiri dari genetik, perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. WHO (2017) menjabarkan determinan kesehatan terdiri dari; lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan fisik, karakteristik individu (gender, pendidikan, penghasilan dan status sosial), perilaku individu, genetika dan pelayanan kesehatan. Menurut Centre for Disease Control and Prevention/CDC, (2020), determinan sehat secara umum dapat dikelompokkan menjadi lima kategori besar yaitu: genetika, perilaku, pengaruh lingkungan dan

fisik, perawatan medis dan faktor sosial, di mana kelima kategori ini saling berhubungan.



Gambar 1.1: Determinan Sosial Kesehatan for Healthy People 2030 (US Department of Health and Human Service, 2021)

Faktor sosial yang turut memengaruhi kesehatan dikenal sebagai determinan sosial kesehatan atau *Social Determinant of Health* (SDOH) yaitu adalah kondisi di lingkungan di mana seseorang berada yang memengaruhi berbagai hasil dan risiko kesehatan, fungsi, dan kualitas hidup. US Department of Health and Human Service (2021) merumuskan *Social Determinant of Health* yang menjadi fokus dalam program Healthy People 2030 menjadi lima domain, yaitu (lihat gambar 1.1):

1. Stabilitas Ekonomi

Bertujuan untuk membantu orang mendapatkan penghasilan tetap yang memungkinkan mereka memenuhi kebutuhan kesehatan mereka.

2. Akses dan Kualitas Pendidikan

Bertujuan untuk meningkatkan kesempatan pendidikan dan membantu anak-anak dan remaja berprestasi di sekolah.

3. Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan
Bertujuan untuk meningkatkan akses ke pelayanan perawatan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas tinggi
4. Pembangunan Lingkungan dan Lingkungan Buatan
Bertujuan untuk menciptakan lingkungan dan lingkungan yang mempromosikan kesehatan dan keselamatan
5. Konteks Sosial dan Komunitas
Bertujuan untuk meningkatkan dukungan sosial dan komunitas

Determinan sosial kesehatan ini berdampak besar pada kesehatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup masyarakat. Determinan sosial kesehatan dan perilaku turut memengaruhi mortalitas dan morbiditas.

Contoh SDOH meliputi:

1. Perumahan, transportasi, dan lingkungan yang aman
2. Rasisme, diskriminasi, dan kekerasan
3. Pendidikan, peluang kerja, dan pendapatan
4. Akses ke makanan bergizi dan peluang aktivitas fisik
5. Udara dan air yang tercemar
6. Keterampilan bahasa dan literasi

Salah satu sasaran Healthy People 2030 secara khusus terkait dengan SDOH yaitu menciptakan lingkungan sosial, fisik, dan ekonomi yang mendorong pencapaian potensi penuh untuk kesehatan dan kesejahteraan bagi semua, tujuan ini menyoroti pentingnya faktor "hulu", dalam meningkatkan kesehatan dan mengurangi kesenjangan kesehatan (US Department of Health and Human Service, 2021). Hal ini menjadi alasan Healthy People 2030 memiliki fokus yang meningkat dan menyeluruh pada SDOH.

1.2 Konsep Promosi Kesehatan

Green, L.W. and Kreuter (2005) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas. Promosi

kesehatan juga dipahami sebagai perilaku yang dimotivasi oleh keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan manusia (Pender, Murdaugh and Parsons, 2015).

WHO mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses untuk membuat seseorang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki kesehatan mereka. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2005) dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit, merumuskan promosi kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, memengaruhi dan membantu masyarakat berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal.

1.2.1 Komponen

Promosi Kesehatan terdiri dari tiga komponen yaitu: pendidikan kesehatan (Health Education), Perlindungan kesehatan (Health Protection) dan Pencegahan penyakit (Disease Prevention) (Tannahill, 2009).

Para ahli dan WHO menjelaskan ketiga komponen tersebut sebagai berikut:

1. Pendidikan Kesehatan (Health Education)

Merupakan kombinasi dari pengalaman belajar dirancang untuk memengaruhi, mengaktifkan, dan memperkuat perilaku sukarela yang kondusif bagi kesehatan individu, kelompok, atau komunitas untuk memfasilitasi proses yang memungkinkan individu, keluarga, dan kelompok membuat keputusan yang terinformasi dengan baik tentang praktik kesehatan.

2. Pencegahan Penyakit (Disease Prevention)

Merupakan kegiatan atau serangkaian kegiatan yang bersifat preventif, dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan, yang ditujukan untuk menghindari dan mengurangi risiko dan dampak buruk akibat penyakit. Kegiatan pencegahan penyakit digunakan untuk membuat individu dan komunitas tetap sehat dengan mencegah kemungkinan penyakit di masa depan. Tindakan preventif diartikan sebagai intervensi yang

diarahkan untuk mencegah munculnya penyakit yang spesifik dan mengurangi insiden dan prevalensi penyakit dalam populasi.

3. Perlindungan Kesehatan (Health Protection)

Perilaku di mana seseorang terlibat dengan maksud khusus untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit pada tahap awal, atau untuk memaksimalkan kesehatan dalam batasan penyakit. Perlindungan kesehatan bertujuan untuk mengurangi kemungkinan individu atau masyarakat dalam menghadapi bahaya lingkungan atau berperilaku tidak aman atau tidak sehat. Intervensi ditujukan untuk mencegah orang jatuh sakit atau sakit dengan membangun mekanisme perlindungan. Perlindungan kesehatan di era kesehatan masyarakat modern berfokus terutama pada mencegah dan mengendalikan infeksi penyakit dan melindungi dari radiasi, bahan kimia dan bahaya lingkungan.

1.2.2 Tujuan

Susilowati (2016) menjelaskan bahwa tujuan promosi kesehatan dapat dilihat dari beberapa pandangan berikut, yaitu:

Menurut WHO

1. Tujuan Umum

Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan

2. Tujuan Khusus

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat
- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut Lawrence Green

Tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan tujuan, yaitu:

1. Tujuan Program
Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
2. Tujuan Pendidikan
Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
3. Tujuan Perilaku
Merupakan pendidikan atau pembelajaran ditujukan untuk mencapai perilaku yang diinginkan, hal ini berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.
4. Tujuan Intervensi Perilaku dalam promosi kesehatan
 - a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan.
 - b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan
 - c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
 - d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan

1.2.3 Prinsip

Promosi kesehatan telah berkembang yang semula dianggap sebagai tujuan atau titik akhir yang diinginkan menjadi sebuah proses atau alat untuk memfasilitasi gerakan dalam mencapai tujuan. Promosi kesehatan sebagai seni dan sains dalam membantu individu atau masyarakat untuk membuat perubahan gaya hidup dan dianggap sebagai kombinasi dari dukungan pendidikan dan lingkungan untuk membangun perilaku dan kondisi yang kondusif bagi kesehatan.

Perkembangan promosi kesehatan, pendapat para ahli dan hasil penelitian menemukan bahwa pelaksanaan promosi kesehatan secara efektif dapat dilakukan dalam berbagai prinsip, yaitu:

1. Pengembangan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan
2. Penciptaan lingkungan yang kondusif
3. Penguatan gerakan masyarakat
4. Pemberdayaan masyarakat

5. Pengembangan kemampuan individu
6. Penataan kembali arah pelayanan kesehatan
7. Lintas sektor
8. Keadilan sosial
9. Holistik
10. Berkelanjutan
11. Menggunakan berbagai strategi

Hal yang terpenting untuk keberhasilan promosi kesehatan adalah pertimbangan berbagai faktor sosial dan lingkungan, baik berfokus pada tindakan individu, keluarga, sekolah, komunitas, atau pemerintah. Kombinasi strategi promosi kesehatan diperlukan untuk mengatasi berbagai determinan kesehatan.



Gambar 1.2: Determinan Sosial Kesehatan dan Kesenjangan Kesehatan (WHO, 2010)

Upaya promosi kesehatan dimaksudkan untuk membangun perilaku kesehatan dan mengoptimalkan determinan sosial kesehatan dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan pada level optimum (well-being). Lihat gambar 1.2.

1.2.4 Hasil (Outcome)

Hasil pada Individu, Keluarga, dan Komunitas

Pender, Murdaugh and Parsons (2015) merumuskan hasil (outcome) pada subyek dapat diukur dalam tiga kategori, yaitu (Lihat gambar 1.3):

1. Hasil yang berfokus pada individu mengukur efek intervensi perawatan kesehatan pada individu.
2. Hasil yang berfokus pada keluarga dalam mengukur kontribusi anggota keluarga.
3. Hasil yang berfokus pada komunitas adalah ukuran global dalam promosi kesehatan, karena berfokus pada efektivitas program di tingkat masyarakat.

Category	Types of Outcomes
Client Focused	
Biologic	Physiologic measures Weight Body mass index
Holistic	Lifestyle change Functional status Perceptions Self-care Quality of life
Family Focused	
	Support Resources
Community Focused	
	Empowerment Participation Social capital Community health

Gambar 1.3: General Classification of Outcomes Category (Pender, Murdaugh and Parsons, 2015)

Hasil Jangka Pendek, Menengah, dan Jangka Panjang

Selain itu Pender, Murdaugh, and Parsons (2015) juga merumuskan pengukuran pada beberapa titik waktu, yaitu (Lihat gambar 1.4):

1. Hasil jangka pendek (Short-term outcomes) diukur segera setelah program. Contoh hasil jangka pendek termasuk pengetahuan, atau kesiapan untuk berubah.

2. Hasil antara (Intermediate outcomes) diukur pada periode waktu setelah intervensi ketika perubahan diharapkan telah terjadi. Hasil antara diukur segera untuk menangkap efeknya sebelum mungkin dipengaruhi faktor lainnya. Hasil antara berguna untuk mencerminkan perubahan sikap atau upaya untuk berubah, meskipun perubahan gaya hidup belum terjadi.
3. Hasil jangka panjang (Long-term outcomes) adalah hasil akhir atau akhir dari program promosi kesehatan. Hasil jangka panjang mencakup hal-hal seperti penurunan berat badan yang berkelanjutan, umur panjang, dan peningkatan kualitas hidup. Saat mengukur perubahan jangka panjang, penting untuk memantau faktor-faktor yang berpotensi mengganggu saat menafsirkan hasil.



Gambar 1.4: Outcomes for Health Promotion Activities (Pender, Murdaugh and Parsons, 2015)

CDC telah menerbitkan hierarki hasil yang juga menggambarkan tingkat hasil yang akan diukur, dimulai dengan hasil jangka pendek, seperti partisipasi target peserta.



Gambar 1.5: Hierarchy of Potential Outcomes in Health Promotion (Pender, Murdaugh and Parsons, 2015)

Lihat gambar 1.5. Penilaian hasil dilakukan dalam beberapa tahap, sebab bila informasi dikumpulkan segera setelah program, mungkin terlalu dini untuk menangkap perubahan yang diinginkan dalam perilaku gaya hidup namun jika efek diukur berbulan-bulan setelah program berakhir, faktor lain mungkin turut memengaruhi hasil yang diharapkan. Oleh karena itu, waktu pengukuran harus direncanakan dengan cermat untuk menangkap efek yang diantisipasi (Pender, Murdaugh and Parsons, 2015).

1.3 Perkembangan Promosi Kesehatan

Definisi kesehatan yang berubah dan berkembang turut menyebabkan perubahan pandangan tentang promosi kesehatan. Sejarah perkembangan promosi kesehatan akan dibahas pada bagian ini, dengan bersumber kepada dokumen WHO.

1.3.1 Deklarasi Alma Ata (Declaration of Alma Ata)

Konferensi internasional dengan tema “Primary Health Care” yang dilakukan pada tanggal 6-12 September 1978, muncul sebagai tonggak utama abad

kedua puluh di bidang kesehatan masyarakat, di mana perawatan kesehatan primer diidentifikasi sebagai kunci pencapaian tujuan kesehatan untuk semua “Health for All”. Hasil dari deklarasi Alma Ata, yaitu:

1. Kesehatan adalah hak asasi manusia yang fundamental dan bahwa pencapaian tingkat kesehatan tertinggi adalah tujuan sosial paling penting di seluruh dunia yang realisasinya membutuhkan tindakan dari banyak sektor sosial dan ekonomi selain sektor kesehatan.
2. Ketidaksetaraan dalam status kesehatan masyarakat menjadi perhatian bersama semua negara.
3. Masyarakat memiliki hak dan kewajiban untuk berpartisipasi secara individu dan kolektif dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
4. Perawatan kesehatan primer merupakan bagian integral dari sistem kesehatan negara, yang merupakan fungsi utama dan fokus utama, dan dari keseluruhan pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat.
5. Tingkat kesehatan yang dapat diterima untuk semua orang di dunia pada tahun 2000 dapat dicapai melalui penggunaan yang lebih penuh dan lebih baik dari sumber daya dunia.

1.3.2 Piagam Ottawa (Ottawa Charter)

Konferensi Internasional pertama tentang Promosi Kesehatan, dilakukan pada pertemuan di Ottawa pada tanggal 21 November 1986. Upaya promosi kesehatan di awal fokus kepada tanggung jawab individu untuk kesehatan dan determinan perilaku dan pendekatan pendidikan. Namun, kemudian terbukti bahwa program promosi kesehatan juga harus memperhatikan lingkungan sosial dan fisik, karena ini juga berkontribusi pada kesehatan yang buruk.

Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, dokumen pertama yang berfokus pada promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan seseorang mengatasi tantangan dan meningkatkan kendali atas lingkungan mereka untuk meningkatkan kesehatan. Dokumen ini meletakkan dasar bagi teori dan praktik promosi kesehatan dan menekankan peran sumber daya sosial dan pribadi serta kemampuan fisik, dan kebutuhan untuk mencapai kesetaraan dalam kesehatan. Piagam Ottawa juga mendokumentasikan tanggung jawab lembaga

non-pemerintah dan pemerintah dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dan kebijakan publik kesehatan.

Piagam tersebut merumuskan upaya promosi kesehatan mencakup 5 butir, yaitu:

1. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy).
2. Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment).
3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service).
4. Keterampilan Individu (Personnel Skill).
5. Gerakan Masyarakat (Community Action).

1.3.3 Rekomendasi Adelaide (Adelaide Recommendation)

Konferensi Promosi Kesehatan, Adelaide, Australia Selatan, diselenggarakan pada tanggal 5-9 April 1988, dengan tema “Building Healthy Public Policy”. Rekomendasi yang dihasilkan pada konferensi ini terdiri lima bidang tindakan promosi kesehatan, yaitu:

1. Membangun Kebijakan Publik yang Sehat
2. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung
3. Mengembangkan Keterampilan Pribadi
4. Memperkuat Aksi Komunitas
5. Reorientasi Layanan Kesehatan

Tindakan ini saling bergantung, tetapi kebijakan publik yang sehat menetapkan lingkungan yang memungkinkan empat tindakan lainnya.

1.3.4 Konferensi Internasional Promosi Kesehatan III di Sundsvall, Swedia

Konferensi Internasional ketiga tentang Promosi Kesehatan, Sundsvall, Swedia, pada tanggal 9-15 Juni 1991. Konferensi ini menyerukan kepada semua orang di seluruh dunia untuk secara aktif terlibat dalam membuat lingkungan yang lebih mendukung kesehatan.

Konferensi menunjukkan bahwa jutaan orang hidup dalam kemiskinan dan kekurangan yang ekstrim dalam lingkungan yang semakin rusak yang mengancam kesehatan mereka, membuat tujuan Health For All pada Tahun 2000 sangat sulit dicapai, sehingga diperlukan upaya dalam menciptakan

lingkungan baik lingkungan fisik, lingkungan sosial dan ekonomi, dan lingkungan politik untuk mendukung kesehatan daripada merusaknya. Seruan untuk bertindak ditujukan kepada pembuat kebijakan dan pengambil keputusan pada semua sektor terkait dan pada semua tingkatan. Para pendukung dan aktivis kesehatan, lingkungan dan keadilan sosial didorong untuk membentuk aliansi yang luas menuju tujuan bersama yaitu Health for All.

1.3.5 Deklarasi Jakarta (The Jakarta Declaration)

Konferensi yang dilakukan pada tanggal 21-25 Juli tahun 1997 dengan tema "The New Player in the New Era, Leading Health Promotion into the 21st Century ". Merupakan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Keempat adalah yang pertama diadakan di negara berkembang, dan yang pertama melibatkan sektor swasta dalam mendukung promosi kesehatan.

Kesepakatan yang dihasilkan pada konferensi ini berupa prioritas promosi Kesehatan pada abad 21, yaitu:

1. Meningkatkan tanggung jawab sosial dalam kesehatan
2. Meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan
3. Meningkatkan kemitraan untuk kesehatan
4. Meningkatkan kemampuan perorangan dan memberdayakan masyarakat
5. Mengembangkan infrastruktur untuk promosi kesehatan

1.3.6 Piagam Bangkok (Bangkok Charter)

Piagam Bangkok dengan tema "Health Promotion in a Globalized World" diselenggarakan pada tanggal 11 Agustus 2005. Piagam Bangkok untuk Promosi Kesehatan memperbarui Piagam Ottawa agar promosi kesehatan menjadi pusat agenda pembangunan global dan tanggung jawab inti semua pemerintah. Dokumen tersebut memindahkan promosi kesehatan dari model pendidikan gaya hidup kesehatan individu ke model sosio-ekologi yang membahas faktor penentu (determinan) sosial kesehatan.

Piagam Bangkok mengidentifikasi tindakan, komitmen, dan janji yang diperlukan untuk mengatasi determinan kesehatan di dunia global melalui promosi kesehatan. Piagam Bangkok menghasilkan empat komitmen utama, yaitu:

1. Jadikan promosi kesehatan sebagai pusat agenda pembangunan global
2. Jadikan promosi kesehatan sebagai tanggung jawab inti bagi semua pemerintah
3. Jadikan promosi kesehatan sebagai fokus utama komunitas dan masyarakat sipil
4. Jadikan promosi kesehatan sebagai persyaratan untuk praktik korporasi yang baik

1.3.7 Konferensi Global Nairobi (Nairobi Conference)

Konferensi Global Nairobi tentang Promosi Kesehatan, dengan tema “Promoting Health & Development: Closing the Implementation Gap”, diselenggarakan di Kenya, pada tanggal 26-30 Oktober 2009. Konferensi ditutup dengan adopsi dan deklarasi Seruan Bertindak Nairobi yang mencerminkan pandangan kolektif lebih dari 600 peserta internasional dari lebih dari 100 negara dengan menggunakan berbagai proses partisipatif, ajakan bertindak mengidentifikasi strategi dan komitmen utama yang sangat dibutuhkan untuk menutup kesenjangan implementasi dalam kesehatan dan pembangunan melalui promosi kesehatan.

1.3.8 Konferensi Promosi Kesehatan Global WHO

Konferensi Promosi Kesehatan Global WHO telah menetapkan dan mengembangkan prinsip global dan area tindakan untuk promosi kesehatan. Baru-baru ini, konferensi global ke-9 di Shanghai tahun 2016, bertajuk 'Mempromosikan kesehatan dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan: Kesehatan untuk semua dan semua untuk kesehatan', menyoroti hubungan penting antara mempromosikan kesehatan dan Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan.

Bab 2

Konsep Perilaku Kesehatan

2.1 Pendahuluan

Beberapa dekade terakhir telah terlihat peningkatan perhatian terhadap kontribusi perubahan perilaku terutama untuk meningkatkan kesehatan. Merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, penyalahgunaan zat, kebiasaan makan yang tidak sehat, gaya hidup yang tidak banyak bergerak, dan ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan yang efektif termasuk diantara perilaku yang membahayakan kesehatan yang diidentifikasi dan ditargetkan untuk dapat dimodifikasi (Medicine, 2001). Perilaku peningkatan kesehatan adalah outcome dari Health Promotion Model. Selain menghasilkan peningkatan kesehatan, perilaku sehat mampu meningkatkan kemampuan fungsional, dan kualitas hidup yang lebih baik di semua tahap perkembangan (Pender, Murdaugh and Parsons, 2019). Fokus utama promosi kesehatan adalah membantu orang membatasi perilaku tidak sehat dan menggantikannya dengan perilaku sehat (Glanz, Lewis and Rimer, 2008).

Perilaku kesehatan merupakan atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan (Glanz, Lewis and Rimer, 2008). Dalam bab ini akan dibahas lebih lanjut mengenai konsep perilaku, perilaku

kesehatan, dan mekanisme terjadinya perilaku kesehatan berdasarkan teori perilaku kesehatan.

2.2 Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan bagian dari aktivitas suatu organisme. Perilaku adalah apa yang dilakukan organisme atau apa yang diamati oleh organisme lain. Perilaku juga merupakan bagian dari fungsi organisme yang terlibat dalam suatu tindakan. Perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus (rangsang dari luar). Perilaku terjadi melalui proses respon, sehingga teori ini sering disebut dengan teori "S-O-R" atau Teori Organisme Stimulus (Skinner, 1938). Perilaku organisme adalah segala sesuatu yang dilakukan termasuk perilaku tertutup dan terbuka seperti berpikir dan merasakan (Pierce, W. David; Cheney, 2013).

Berdasarkan definisi tersebut, maka perilaku dibagi menjadi 2 yaitu (Kholid, 2018):

1. Covert behavior, merupakan perilaku tertutup yang terjadi jika respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas, atau masih terselubung.
2. Overt behavior, merupakan perilaku terbuka yang terjadi jika respon terhadap stimulus sudah dapat diamati oleh orang lain, atau sudah berupa tindakan.

Saat ini, ilmu perilaku disebut behavior analysis. Behavior analysis adalah pendekatan ilmu yang mempelajari perilaku organisme. Ketika suatu organisme mempelajari cara baru berperilaku sebagai reaksi terhadap perubahan yang terjadi di lingkungannya, ini disebut conditioning. Dua jenis conditioning disebut dengan responden dan operan. Refleks melibatkan perilaku responden yang ditimbulkan oleh stimulus. Ketika stimulus (S) secara otomatis memunculkan ($\rightarrow$) respon stereotip (R) atau responden, hubungan S ($\rightarrow$) R dinamakan refleks.

Terdapat 2 jenis conditioning, yaitu (Pierce, W. David; Cheney, 2013):

1. Respondent conditioning, ini terjadi ketika stimulus netral dipasangkan dengan stimulus yang tidak terkondisi. Contoh, pada

refleks anjing, makanan yang ada di mulut menghasilkan air liur sebagai perilaku responden. Berikutnya, bel berbunyi (stimulus baru) tepat sebelum memberi makan anjing. Setelah bel berbunyi dan makanan diletakkan, anjing mulai mengeluarkan air liur. Hubungan antara rangsangan makanan dan air liur ini merupakan refleksi yang tidak terkondisi.

2. Operant conditioning, ini melibatkan pengaturan perilaku melalui konsekuensinya. B. F. Skinner menyebut operant conditioning karena dalam situasi tertentu (SD), perilaku (R) beroperasi pada lingkungan untuk menghasilkan efek atau konsekuensi (SR). contoh, seorang bayi tersenyum saat digendong.

2.3 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan tindakan individu, kelompok, dan organisasi termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan coping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku kesehatan juga didefinisikan sebagai atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan terbuka yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan.

Casl dan Cobb mendefinisikan tiga kategori perilaku kesehatan (Glanz, Lewis and Rimer, 2008):

1. Preventive health behavior, di mana setiap aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang meyakini dirinya sehat dengan tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit dalam keadaan asimtomatik. Menurut Casl and Cobb tahun 1966 preventive health behavior juga dijelaskan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang meyakini dirinya sehat, untuk tujuan mencegah penyakit atau mendeteksinya dalam tahap tanpa gejala (Wacker, 1990).

2. Illness behavior, di mana setiap aktivitas yang dilakukan seseorang yang merasa dirinya sakit, untuk menentukan keadaan kesehatan dan menemukan obat yang sesuai. Illness behavior umumnya dianggap sebagai tindakan yang diambil seseorang setelah gejala muncul dan dirasakan (Wacker, 1990):
3. Sick role behavior, di mana setiap aktivitas yang dilakukan seseorang yang menganggap dirinya sakit, dengan tujuan untuk sembuh, termasuk menerima perawatan dari layanan kesehatan. Menurut Parsons, ada empat komponen sick role yaitu (Wacker, 1990):
 - a. Seseorang tidak bertanggung jawab atas penyakitnya
 - b. Penyakit memberi individu alasan yang sah untuk tidak berpartisipasi dalam tugas dan kewajiban
 - c. Seseorang yang sakit diharapkan menyadari bahwa penyakit merupakan kondisi yang tidak diinginkan dan mereka harus dimotivasi untuk sembuh.
 - d. Sembuh diasumsikan terkait dengan mencari bantuan layanan kesehatan

2.4 Teori Perilaku Kesehatan

Berikut adalah teori yang dominan tentang perilaku kesehatan menurut (Skinner, 1938; Snelling, 2014) adalah:

1. Social Cognitive Theory

Teori ini dikembangkan oleh Albert Bandura (1986) yang tidak hanya berfokus pada psikologi perilaku kesehatan tetapi juga pada aspek sosial. Teori ini menjelaskan bahwa perilaku individu terbentuk sebagai respon terhadap pembelajaran observasional dari lingkungan sekitarnya. Adapun 6 elemen dari Social Cognitive Theory:

 - a. Pengetahuan tentang risiko dan manfaat kesehatan

Meskipun bukan satu-satunya faktor yang diperlukan untuk perubahan perilaku, pengetahuan tentang risiko dan manfaat

sangat penting dan menjadi prasyarat dalam perubahan perilaku. Misalnya, orang yang merokok selama bertahun-tahun tanpa motivasi untuk berhenti dan kemudian dia mengetahui bahwa merokok akan membahayakan kesehatannya. Setelah itu, dengan berhenti merokok akan membawa manfaat bagi kesehatannya.

b. Efikasi diri

Efikasi diri merupakan persepsi individu mengenai kemampuannya untuk melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Misalnya, seseorang dengan obesitas yang sudah mengetahui risiko penyakit memiliki prasyarat untuk mengubah perilaku, tetapi jika seseorang meyakini bahwa ia mengalami obesitas sepanjang hidupnya maka perubahan perilaku menjadi tidak mungkin. Hal terpenting adalah pemahaman bahwa seseorang harus yakin bahwa mereka memiliki kekuatan untuk berhenti melakukan perilaku negatif (misalnya merokok) dan melakukan perilaku positif (olahraga teratur) agar berhasil mencapai perilaku yang diinginkan.

c. Hasil yang diharapkan

Social Cognitive Theory mengacu pada konsekuensi sebagai hasil yang diharapkan baik secara fisik dan material maupun sosial sebagai hasil dari perubahan perilaku. Hasil secara fisik dan material misalnya adalah seorang wanita yang ingin berhenti merokok sehingga batuk yang dialaminya berkurang dan kesehatannya lebih baik. Selain itu, dia mengharapkan lebih banyak uang di dompetnya sebagai akibat dari tidak lagi membeli rokok. Hasil secara sosial misalnya wanita yang berhenti merokok ingin mengabaikan anak-anaknya yang tidak setuju jika ibunya merokok atau dia menginginkan persetujuan anak-anak jika dia ingin berhenti merokok.

d. Tujuan kesehatan pribadi

Tujuan dibagi menjadi dua yaitu tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dianggap menjadi sebuah tantangan karena banyak orang kewalahan dengan kebiasaan

yang harus dilakukan. Social Cognitive Therapy mendorong tujuan jangka pendek dibandingkan tujuan jangka panjang. Misalnya Misalnya, pria yang mengalami obesitas memiliki tujuan jangka panjang untuk menurunkan berat badan sebanyak 100 kg agar mencapai indeks massa tubuh yang sehat. Namun, penurunan berat badan sebanyak 100 kg terkesan menakutkan. Tujuan jangka pendek dengan menurunkan berat badan sebanyak 10 kg dalam jangka waktu yang lebih singkat akan dipandang sebagai suatu pencapaian.

e. Fasilitator dan hambatan yang dirasakan

Fasilitator dan hambatan yang dirasakan merupakan konstruksi penting dalam SCT dan secara langsung memengaruhi self-efficacy. Seorang perokok mungkin melihat bahwa keberhasilan mereka dalam berhenti merokok akan difasilitasi dengan adanya pengganti nikotin. Hambatan yang dialami seseorang yang ingin berhenti merokok mungkin adalah ketakutan akan kenaikan berat badan.

Berikut adalah metode untuk meningkatkan efikasi diri pada orang yang ingin mengubah perilaku kesehatan:

- a. Pembelajaran observasional dari seorang yang mirip dengan diri mereka sendiri atau teman sebaya
- b. Pengalaman dengan mempraktikkan perilaku yang baru dimulai dengan langkah-langkah kecil dan secara bertahap meningkatkan tantangan.
- c. Memperbaiki keadaan fisik dan emosional dan mengisi hidup dengan hal yang positif
- d. Dorongan secara verbal untuk meningkatkan kepercayaan diri.

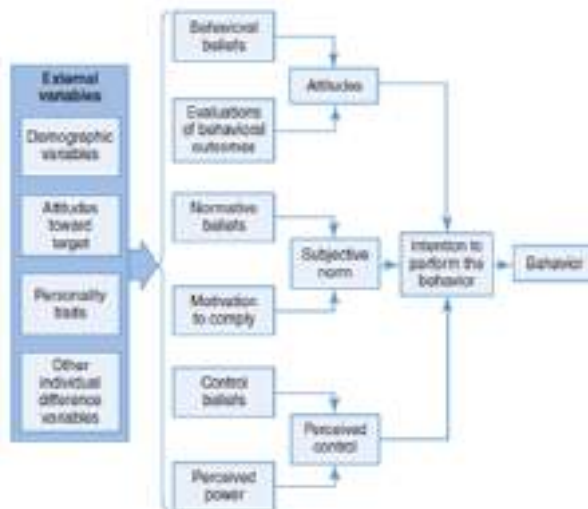
2. Theory of Planned Behavior

Teori ini merupakan niat seseorang untuk terlibat dalam suatu perilaku yang dipengaruhi oleh sikap baik positif atau negatif dan persepsi seseorang terhadap norma subjektif terkait perilaku. Teori ini dikembangkan dari Theory of Reasoned Action (TRA) yang menyatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari niat. Oleh karena

itu, seseorang cenderung untuk melakukan suatu perilaku bila dipandang secara positif oleh individu tersebut dan juga ketika individu tersebut percaya bahwa orang lain yang mereka hormai menyetujui kinerja tersebut (Snelling, 2014). TRA menjelaskan dan memprediksi perilaku ketika perilaku itu dianggap berada di bawah kendali kemauan individu. TPB memiliki tiga pilar utama yaitu:

- a. Sikap
- b. Norma subjektiv
- c. Kontrol yang dirasakan

TPB menjelaskan bahwa perilaku adalah adalah suatu tujuan yang ditetapkan oleh individu dan terdapat faktor-faktor di luar kendali individu yang dapat mengganggu tujuan yang ingin dicapai.



Gambar 2.1: Theory of Planned Behavior dan Theory of Reasoned Action (Snelling, 2014)

3. Transtheoretical Model of Behavior Change

Model ini menggambarkan perilaku kesehatan sebagai proses yang ditandai dengan tahapan kesiapan untuk berubah. Model ini berbeda dari SCT karena mengasumsikan bahwa orang dengan perilaku

bermasalah tidak semuanya dimulai pada tahap kesiapan yang sama untuk mengubah perilaku. Pada kenyataannya, salah satu tahapan perubahan pada model ini adalah tahapan di mana orang sama sekali tidak siap untuk berubah. Tahap perubahan menurut model ini adalah:

a. Precontemplation

Pada tahap ini individu tidak berniat untuk berubah dan tidak menyadari bahwa perilaku mereka saat ini tidak mengalami masalah.

b. Contemplation

Pada tahap ini individu sudah mempunyai niat untuk mengubah perilaku dalam waktu enam bulan ke depan. Mereka sudah menyadari manfaat dari perubahan perilaku mereka, tetapi sering kali terhalang oleh faktor negatif yang memengaruhi tindakan mereka.

c. Preparation

Pada tahap ini individu memiliki niat yang jelas untuk mengubah perilaku sehat dalam waktu tiga puluh hari ke depan, misalnya mengikuti program penurunan berat badan atau berhenti merokok.

d. Action

Pada tahap ini individu sudah membuat perubahan perilaku yang dapat diamati dalam enam bulan terakhir. Individu yang tidak mengalami fase persiapan kemungkinan sangat rentan untuk gagal karena kurangnya persiapan.

e. Maintenance

Pada tahap ini individu telah berhasil mengubah perilaku dan mempertahankan perubahan itu setidaknya selama enam bulan. Individu pada tahap ini berada pada risiko kegagalan yang lebih rendah dibandingkan pada tahap action. Misalnya, ketika individu tidak merokok selama lima tahun berturut-turut maka tingkat kekambuhan untuk merokok biasa hanya 7%.



Gambar 2.2: Transtheoretical Model: Tahap Perubahan Perilaku (Snelling, 2014)

f. Termination

Pada tahap ini individu telah mencapai perubahan total tanpa risiko kambuh dan perilakunya menjadi permanen.

4. Health Belief Model

Model ini berkembang tahun 1950-an dan menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh nilai dan harapan. Ketika model ini diterapkan pada perilaku kesehatan, dapat disimpulkan bahwa individu berusaha menghindari dari penyakit dan mengharapkan kegiatan terkait kesehatan yang mengarah pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Terdapat enam elemen utama dari Health Belief Model, yaitu (Janz and Becker, 1984):

a. Perceived Susceptibility

Hal ini mengacu pada keyakinan individu bahwa dia akan tertular penyakit. Setiap orang memiliki kerentanan yang berbeda terhadap kondisi tertentu, tergantung pada berbagai faktor, termasuk riwayat keluarga (penyakit jantung), demografi (wanita dan kanker payudara), usia (penyakit alzheimer). Orang yang yakin bahwa mereka sangat rentan terhadap suatu penyakit atau kondisi mungkin lebih cenderung mengubah perilaku, sedangkan mereka yang merasa tidak rentan memiliki sedikit motivasi untuk mengubah perilaku.

b. Perceived Severity

Hal ini mengacu pada keseriusan penyakit tertentu yang pada akhirnya akan memengaruhi kehidupan individu tersebut baik secara fisik (misalnya, rasa sakit, kecacatan, kematian) dan sosial (berdampak pada kemampuan untuk mempertahankan karier atau berdampak pada keluarga).

c. Perceived Benefits

Hal ini mengacu pada keyakinan seseorang bahwa perubahan perilaku berdampak pada kesehatan misalnya, penghematan biaya.

d. Perceived Barriers

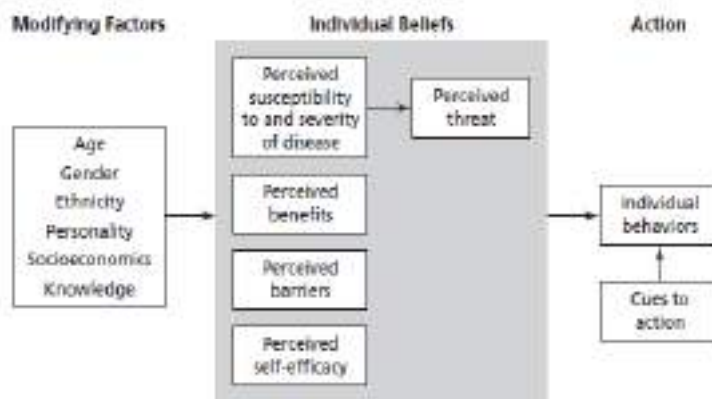
Hal ini mengacu pada keyakinan seseorang pada dampak negatif dari perubahan perilaku, misalnya mempertimbangkan biaya, waktu, kenyamanan, dan efek samping.

e. Cues to action

Adanya suatu pemicu yang memotivasi seseorang untuk mengubah perilaku.

f. Self efficacy

Merupakan suatu keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil mengubah perilaku.



Gambar 2.3: Health Belief Model (Glanz, Lewis and Rimer, 2008)

2.5 Strategi Perubahan Perilaku Kesehatan

Meningkatkan perilaku sehat dan mengurangi perilaku yang berisiko terhadap kesehatan adalah tantangan utama yang dihadapi para profesional kesehatan. Berikut adalah strategi perubahan perilaku kesehatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk dapat mengubah perilaku kesehatan klien mereka (Pender, Murdaugh and Parsons, 2019).

Meningkatkan kesadaran

Model transtheoretical menekankan pentingnya meningkatkan kesadaran ketika klien tidak berniat melakukan perubahan perilaku atau baru mulai mempertimbangkan untuk mengubah perilaku. Penting untuk menilai alasan kenapa seseorang tidak ingin berkomitmen pada perubahan, seperti kurangnya pengetahuan, kurangnya keterampilan, kurangnya sumber daya dan dukungan, dan kurangnya waktu. Peningkatan kesadaran sangat penting untuk membantu klien menyadari masalah kesehatan atau perilaku yang perlu ditangani. Perawat dapat menggunakan alat bantu berupa literasi maupun audio visual yang sesuai dengan budaya dan pilihan pribadi pasien.

Mengevaluasi kembali diri sendiri

Hal ini mengacu pada Social Cognitive Theory yang menjelaskan bahwa perubahan dihasilkan dari adanya ketidakpuasan dalam diri seseorang yang mengarah pada penilaian seseorang terkait dengan perilakunya. Misalnya, apakah saya akan lebih menyukai diri saya jika saya berhenti merokok? Ketika klien yakin bahwa mereka dapat mengatasi hambatan, mereka akan cenderung mengubah perilakunya. Ketika klien tidak yakin bahwa mereka dapat berubah, maka perawat harus menilai alasan kenapa klien menolak untuk berubah dan hambatan yang dirasakan saat klien ingin berubah.

Menetapkan tujuan untuk berubah

Jika klien sudah siap untuk berubah, maka mereka harus membuat komitmen dan mengembangkan rencana tindakan untuk memulai perilaku yang baru. Membuat komitmen adalah strategi efektif untuk memulai perubahan. Tujuan sebaiknya ditetapkan oleh klien dan perawat dapat memberikan saran terhadap klien. Misalnya, klien membuat tujuan untuk berjalan kaki 10 menit setiap hari

selama satu minggu. Klien harus yakin bahwa tujuan dapat dicapai karena dapat membangun kepercayaan dirinya.

Mempromosikan efikasi diri

Klien harus difasilitasi untuk dapat melakukan perilaku sesuai dengan tujuan. Perawat juga harus memberikan umpan balik positif sehingga mampu meningkatkan efikasi diri klien. Belajar dari pengalaman orang lain serta mengamati perilaku orang lain adalah salah satu strategi kognitif sosial yang paling efektif untuk meningkatkan efikasi diri. Berikut adalah beberapa pertimbangan yang dapat dilakukan untuk menghasilkan perubahan perilaku:

1. Klien harus mampu berbagi mengenai jenis kelamin, usia, etnis, ras, dan bahasa.
2. Klien harus memiliki kesempatan untuk mengamati perilaku yang diinginkan.
3. Klien harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk terlibat dalam perilaku.
4. Klien perlu merasakan manfaat terlibat dalam perilaku sasaran.
5. Klien perlu memiliki kesempatan untuk mempraktikkan perilaku

Meningkatkan manfaat dari adanya perubahan

Memberikan penghargaan atau reinforcement merupakan suatu cara untuk meningkatkan manfaat dari perubahan perilaku. Pentingnya reinforcement didasarkan pada premis bahwa semua perilaku ditentukan oleh konsekuensi. Jika konsekuensi positif, kemungkinan besar perilaku tersebut akan terjadi kembali. Namun jika konsekuensi negatif, kemungkinan kecil perilaku tersebut akan terulang kembali. Pemberian reinforcement positif lebih efektif dalam perubahan perilaku dibandingkan dengan pemberian reinforcement negatif atau hukuman (pengalaman yang tidak menyenangkan).

Menggunakan clue untuk melakukan perubahan

Penggunaan clue tidak dapat sepenuhnya dapat dihilangkan tetapi dapat dikurangi atau dibatasi. Misalnya ketika makan hanya memilih salad dan sayuran daripada makanan lainnya.

Mengelola hambatan untuk berubah

Adanya hambatan untuk berubah adalah konstruksi utama dalam Health Belief Model, The Social Cognitive Model, dan The Health Promotion Model. Contoh dari hambatan internal adalah:

1. Tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang tidak jelas
2. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan
3. Kekurangan sumber daya
4. Kurangnya motivasi
5. Kurangnya dukungan

Hambatan seperti ini sering kali perlu diatasi saat memulai proses perubahan dengan meningkatkan kesadaran mengevaluasi kembali diri sendiri.

Bab 3

Determinan Perilaku Kesehatan

3.1 Definisi dan Domain Perilaku Kesehatan

Permasalahan kesehatan masyarakat bersifat multikausal dan oleh karena itu pemecahannya pun harus dengan pendekatan multidisiplin. Itulah sebabnya masalah kesehatan masyarakat dalam praktiknya mempunyai sebaran yang luas. Upaya kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, sosial).

Hendrik L. Bloom dalam teorinya menyebutkan bahwa status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (Hills and Carroll, 2009). Dari keempat faktor tersebut, yang paling memengaruhi derajat kesehatan adalah faktor lingkungan baik lingkungan fisik, biologi maupun lingkungan sosial secara kumulatif berkontribusi sebesar 40%, kemudian perilaku kesehatan berpengaruh sebesar 30%, disusul ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan memberikan pengaruh sebesar 20% serta faktor genetika atau keturunan berkontribusi sebesar 10% (Kemenkes, 2016); (Hasnidar et al., 2020).

Istilah perilaku Kesehatan sudah dikenal di Indonesia sejak lama dan berkembang sangat pesat dalam 20 tahun terakhir terutama dibidang kesehatan masyarakat. Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit penyakit, sistem pelayanan kesehatan, lingkungan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu (Ajzen and Fishbein, 2000):

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance)
Usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan upaya penyembuhan bilamana sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek.
 - a. Perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
 - b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat sehingga dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
 - c. Perilaku gizi makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan tetapi dapat juga menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, (health seeking behavior).
Perilaku yang menyangkut tindakan seseorang saat sakit/kecelakaan, mulai dari mengobati diri sendiri (self treatment) sampai mencari pengobatan keluar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan
Bagaimana seseorang merespon lingkungan baik fisik, sosial, budaya, dan sebagainya agar tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga

akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2007).

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar individu, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik dari individu yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa individu, namun respons tiap individu bisa berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu (Notoatmodjo, 2010); (Irwan, 2017):

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik individu yang bersangkutan, yang bersifat bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni pengaruh dari lingkungan atau luar individu yang bersangkutan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa perilaku adalah merupakan resultante antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal.

Benyamin Bloom membagi perilaku manusia menjadi 3 domain sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutkan 3 ranah yakni kognitif, afektif, dan psikomotor. Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni pengetahuan, sikap, dan tindakan (Conner, 2015).

3.2 Pengetahuan (Knowledge)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan terdapat berbagai jenis yaitu (Ii, no date); (Siregar, 2020); (Irwan, 2017); (Notoatmodjo, 2010):

Pengetahuan Faktual

Pengetahuan yang berupa potongan - potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (knowledge of terminology) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (knowledge of specific details and element) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik. Contoh: masyarakat yang mengetahui bahwa merokok dapat menyebabkan kesakitan karena beberapa orang disekitar mereka yang merokok menderita penyakit kanker paru-paru.

Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama - sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur. Contoh: Masyarakat yang mengetahui bahwa perilaku merokok menjadi salah satu penyebab penyakit kanker paru-paru dan mengapa orang yang merokok bisa terkena penyakit kanker paru-paru

Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah

atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu. Contoh: masyarakat yang mengetahui secara baik dan benar langkah-langkah yang harus dilakukan perokok untuk berhenti merokok. Masyarakat yang mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan untuk pengobatan TB dengan mengkonsumsi obat TB sesuai ketentuan yang ada.

Pengetahuan Metakognitif

Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila audiens bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar. Contoh: masyarakat yang ingin melakukan pemberantasan penyakit DBD di lingkungan rumah dan masyarakat sudah mengetahui penyebab DBD, penanggulangan DBD dan tata cara serta langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pemberantasan DBD di lingkungan mereka.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behavior). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Knollmueller and Blum, 1975); (Badura and Kickbusch, 1991); (Gochman, 1988); (Irwan, 2017):

1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: seorang remaja yang bisa menyebutkan tanda-tanda puber melalui perubahan secara fisik . Seorang ibu yang bisa menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi.

2. Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat

menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Contoh: seorang remaja yang bisa menjelaskan mengapa terjadi perubahan secara fisik pada remaja saat pubertas. Seorang ibu yang bisa menjelaskan jenis-jenis alat kontrasepsi dan kegunaannya masing-masing.

3. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan – perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip – prinsip siklus pemecahan masalah (problem solving cycle) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi – formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan – rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab – sebab mengapa ibu – ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru yaitu (Siregar, 2020); (Aulia Faris Akbar, 2012); (Notoatmodjo, 2007):

Menghafal (Remember)

Menarik kembali informasi yang tersimpan dalam memori jangka panjang. Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengkondisikan agar “mengingat” bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: mengenali (recognizing) dan mengingat (recalling).

Memahami (Understand)

Mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengetahuan awal yang dimiliki, mengaitkan informasi yang baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan yang baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran siswa. Karena penyusun skema adalah konsep, maka pengetahuan konseptual merupakan dasar pemahaman. Kategori memahami mencakup tujuh proses kognitif: menafsirkan (interpreting), memberikan contoh (exemplifying), mengklasifikasikan (classifying), meringkas (summarizing), menarik inferensi (inferring), membandingkan (comparing), dan menjelaskan (explaining).

Mengaplikasikan (Applying)

Mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Oleh karena itu mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural. Namun tidak berarti bahwa kategori ini hanya sesuai

untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: menjalankan (executing) dan mengimplementasikan (implementing).

Menganalisis (Analyzing)

Menguraikan suatu permasalahan atau objek ke unsur unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsur-unsur tersebut dan struktur besarnya. Ada tiga macam proses kognitif yang tercakup dalam menganalisis: membedakan (differentiating), mengorganisir (organizing), dan menemukan pesan tersirat (attributing).

Mengevaluasi (Evaluate)

Membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang tercakup dalam kategori ini: memeriksa (checking) dan mengkritik (critiquing).

Membuat (Create)

Menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif yang tergolong dalam kategori ini, yaitu: membuat (generating), merencanakan (planning), dan memproduksi (producing).

Seseorang bisa mendapatkan informasi dari berbagai tempat, berbagai cara sehingga menjadi sebuah pengetahuan yang akan dapat digunakan dalam kehidupan. Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni (Badura and Kickbusch, 1991); (Irwan, 2017); (Siregar, 2020):

1. Cara Tradisional untuk Memperoleh Pengetahuan

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum dikemukakannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara – cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

2. Cara Trial and Error

Cara yang paling tradisional, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata yang lebih dikenal “trial and error”. Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya peradaban. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan

masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba kembali dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah) atau metode coba-salah/coba-coba.

Metode ini telah digunakan orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarang pun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan masalah yang dihadapi.

3. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Misalnya, mengapa harus ada upacara selamatan dan turun tanah pada bayi pada beberapa etnis, mengapa ibu yang sedang menyusui harus minum jamu, mengapa anak tidak boleh makan telur, dan sebagainya.

Kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan tersebut dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan dan sebagainya. Dengan kata lain, pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan yang dimiliki individu sehingga mereka mendapatkan informasi sehingga menjadi pengetahuan.

4. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut. Tetapi bila gagal menggunakan cara tersebut, ia tidak akan mengulangi cara itu, dan berusaha untuk mencari cara yang lain, sehingga dapat berhasil memecahkannya.

5. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan – pernyataan umum kepada yang khusus.

6. Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (research methodology). Cara ini mula – mula dikembangkan oleh

Francis Bacon (1561-1626). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan dan akhirnya diambil kesimpulan umum. Kemudian metode berpikir induktif yang dikembangkan oleh Bacon ini dilanjutkan oleh Deobold van Dallen. Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan – pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya.

3.2.1 Sikap (Attitude)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Komponen pokok sikap

Sikap itu mempunyai tiga komponen pokok:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave).

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengar tentang penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berpikir ini

komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat mengimunitisasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio. Ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa penyakit polio.

Berbagai tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima (receiving)
Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah – ceramah tentang gizi.
2. Merespons (responding)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut. Misalnya seorang ustadz yang memberikan respons kepada istrinya ketika sang istri ditawarkan untuk menggunakan kontrasepsi kepada istrinya .
3. Menghargai (valuing)
Mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.
4. Bertanggung jawab (responsible)
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Misalnya, bagaimana pendapat anda tentang pelayanan dokter di Rumah Sakit Cipto? Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Misalnya, apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai untuk kegiatan posyandu? Atau, saya akan menikah apabila saya sudah berumur 25 tahun (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Sikap sebagai domain perilaku memiliki fungsi yaitu:

1. Sikap sebagai alat untuk menyesuaikan.
Sikap adalah sesuatu yang bersifat communicable, artinya sesuatu yang mudah menular, sehingga mudah pula menjadi milik bersama. Sikap bisa menjadi rantai penghubung antara orang dengan kelompok atau dengan kelompok lainnya.
2. Sikap sebagai alat pengatur tingkah laku.
Pertimbangan dan reaksi pada anak, dewasa dan yang sudah lanjut usia tidak ada. Perangsang itu pada umumnya tidak diberi perangsang spontan, akan tetapi terdapat adanya proses secara sadar untuk menilai perangsangan-perangsangan itu.
3. Sikap sebagai alat pengatur pengalaman.
Manusia dalam menerima pengalaman-pengalaman secara aktif. Artinya semua berasal dari dunia luar tidak semuanya dilayani oleh manusia, tetapi manusia memilih mana yang perlu dan mana yang tidak perlu dilayani. Jadi semua pengalaman diberi penilaian lalu dipilih.
4. Sikap sebagai pernyataan kepribadian.
Sikap sering mencerminkan pribadi seseorang ini disebabkan karena sikap tidak pernah terpisah dari pribadi yang mendukungnya. Oleh karena itu dengan melihat sikap pada objek tertentu, sedikit banyak orang bisa mengetahui pribadi orang tersebut. Jadi sikap merupakan pernyataan pribadi .

Manusia dilahirkan dengan sikap pandangan atau sikap perasaan tertentu, tetapi sikap terbentuk sepanjang perkembangan. Peranan sikap dalam

kehidupan manusia sangat besar. Bila sudah terbentuk pada diri manusia, maka sikap itu akan turut menentukan cara tingkahlakunya terhadap objek-objek sikapnya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap objeknya.

3.2.2 Tindakan (Practice)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunitasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (support) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain – lain.

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Irwan, 2017); (Ajzen and Fishbein, 2000); (Siregar, 2020):

1. Respons terpimpin (guided response)

Dapat dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong – motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

2. Mekanisme (mekanism)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain. Ibu yang sudah terbiasa memasak air hingga mendidih dan memasak sayur hingga matang. Ibu yang sudah terbiasa menyiapkan sarapan buat anaknya dan anaknya harus mengkonsumsi sarapan di pagi hari.

3. Adopsi (adoption)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah di motifikasikannya tanpa

mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (recall). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Pengukuran praktik (overt behavior) juga dapat diukur dari hasil perilaku tersebut. Misalnya perilaku higiene perorangan (personal hygiene) dapat diukur dari kebersihan kulit, kuku, rambut, dan sebagainya.

3.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku Kesehatan

Terdapat banyak teori yang menjelaskan faktor yang memengaruhi perilaku. Di dalam bidang perilaku kesehatan, terdapat 4 teori yang menjadi acuan dalam kajian perilaku kesehatan masyarakat yakni teori Lawrence Green, teori Snehendu B. Karr, teori WHO dan teori Health Belief Model.

3.3.1 Teori Lawrence Green

Teori ini disebut juga model perubahan perilaku Precede-Proceed dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian utama yang berbeda. Bagian pertama adalah PRECEDE terdiri atas Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, dan Evaluation. Bagian kedua adalah PROCEED yang terdiri atas Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Environment, dan Development) (Fertman, 2010).

Menurut Green Lawrence dalam teori ini bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor perilaku dipengaruhi oleh 3 hal yakni (Notoatmodjo, 2010); (Irwan, 2017); (Gochman, 1988):

1. Faktor-faktor predisposisi, yakni faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor-faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosiodemografi.
2. Faktor-faktor pendukung, yakni faktor-faktor yang memfasilitasi suatu perilaku. Yang termasuk kedalam faktor pendukung adalah sarana dan prasarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong, yakni faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku. Faktor-faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat.

Ketiga faktor tersebut di atas diuraikan sebagai berikut (R et al., 2008); (World Health Organization, 2006); (Notoatmodjo, 2010); (Hasnidar et al., 2020):

Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau predisposing factors yaitu faktor yang mempermudah, mendasari atau memotivasi untuk melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, atau dengan kata lain faktor ini berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak atas perilaku tertentu. Secara umum, dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang memengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, beberapa karakteristik individu, misalnya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seorang terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan. Pengetahuan yang dimiliki oleh individu merupakan salah satu faktor yang menentukan untuk mencari dan meminta upaya pelayanan kesehatan. Dinyatakan pula bahwa semakin tinggi pengetahuan individu tentang akibat yang ditimbulkan oleh suatu penyakit, maka semakin tinggi upaya pencegahan yang dilakukan. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, di

mana dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut semakin luas pula pengetahuannya.

Persepsi adalah sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang untuk menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan stimuli menjadi sesuatu yang berarti dan gambaran yang logis. Persepsi adalah identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra. Berdasarkan pengertian persepsi tersebut maka pengertian persepsi secara umum adalah proses menerima, mengatur dan menginterpretasikan stimulus menjadi suatu gambaran yang logis dan menjadi sesuatu yang berarti. Usia adalah umur individu yang terhitung saat lahir sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Faktor umur sangat memengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan kesehatan preventif dan kuratif.

Pendidikan memberikan pengaruh besar pada perilaku masyarakat. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, dapat mengakibatkan penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Pendidikan kesehatan sangat diperlukan dan sekolah merupakan sarana yang baik bagi pendidikan kesehatan serta merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Oleh karena itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik atau lingkungan sosial yang sehat, akan sangat memengaruhi terhadap perilaku sehat seseorang. Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak juga pengetahuan yang dimiliki.

Pekerjaan adalah aktivitas yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan pribadi maupun keluarga. Berbagai hasil penelitian menunjukkan hubungan yang erat antara tingkat pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun upaya pencegahan. Seseorang mungkin tidak menjaga kualitas kesehatannya karena keterbatasan biaya. Pola hubungan yang biasa terjadi, semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin tinggi pula upaya pencegahan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Keyakinan adalah suatu bagian dari faktor predisposisi atau sering disebut sebagai faktor yang berkaitan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk melakukan segala tindakan, berdasar asumsi-asumsi tentang perubahan perilaku.

1. Orang harus mempercayai bahwa kesehatan dirinya terancam. Untuk penyakit yang tanpa gejala seperti hipertensi atau kanker stadium

awal, orang harus percaya bahwa dirinya dapat terkena dan tidak merasakan gejalanya.

2. Orang harus meyakini keseriusan kondisi yang akan terjadi akibat sakit atau ketidaknyamanan yang dideritanya.
3. Dalam menilai keadaan, orang harus mempercayai bahwa keuntungan yang berawal dari perilaku yang diharapkan menimbulkan biaya dan ketidaknyamanan, tetapi masih mungkin untuk dilakukan.
4. Harus ada tanda atau sesuatu yang mempercepat orang tersebut merasa perlu untuk segera melakukan tindakan.

Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin atau enabling factors yaitu faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut, adalah:

1. Ketersediaan pelayanan kesehatan
2. Aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya dan sosial.
3. Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut.

Faktor pemungkin, seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi. Juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan itu, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor pemungkin juga meliputi keterampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan. Faktor pemungkin menjadi target antara dari intervensi program pada masyarakat atau organisasi. Terdiri dari sumber daya dan keterampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik atau sumber daya sejenis.

Faktor penguat

Faktor penguat atau reinforcing factors yaitu faktor yang memperkuat atas terjadinya suatu perilaku tertentu. Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan.

Faktor ini juga meliputi konsekuensi fisik dari perilaku, yang mungkin terpisah dari konteks sosial. Sebagai contoh adalah perasaan nyaman (atau sakit) yang disebabkan oleh latihan fisik. Keuntungan sosial (contoh: pengakuan dari orang lain), keuntungan fisik (contoh: kenyamanan), penghargaan yang dapat diukur (contoh: keuntungan ekonomi, bebas biaya), dan penghargaan imajinatif (contoh: penghormatan dari orang lain, hubungan dengan orang terhormat yang mempunyai perilaku yang sama) semuanya memperkuat perilaku. Faktor penguat juga meliputi konsekuensi yang berlawanan atau hukuman, yang dapat membawa pada perilaku yang positif.

Beberapa faktor penguat yang memberikan penguatan sosial dapat menjadi faktor pemungkin jika berubah menjadi dukungan sosial, seperti bantuan keuangan atau bantuan transport. Penguatan dapat bersifat imajinatif, seperti meniru suatu perilaku sesudah tertarik dengan seseorang dalam suatu iklan televisi yang terlihat sangat menikmati perilaku tersebut. Penguatan bersifat positif atau sebaliknya tergantung pada sikap dan perilaku orang-orang yang terkait, dan beberapa di antaranya mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap perilaku. Dukungan sosial atau masyarakat dapat mendorong tindakan individu untuk bekerja sama atau bergabung dengan kelompok yang membuat perubahan.

Dari teori Precede dan Proceed diketahui bahwa salah satu cara untuk mengubah perilaku adalah dengan melakukan intervensi terhadap faktor predisposisi yaitu mengubah pengetahuan, sikap dan persepsi terhadap masalah kesehatan melalui kegiatan pendidikan kesehatan.

3.3.2 Teori Snehandu B. Karr

Menurut teori ini, terdapat lima determinan perilaku yakni:

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya.

2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya. Di dalam kehidupan bermasyarakat, perilaku seseorang cenderung memerlukan dukungan dari masyarakat sekitarnya. Apabila suatu perilaku tidak didukung oleh masyarakat sekitar, maka orang tersebut akan merasa tidak nyaman terhadap perilakunya tersebut.
3. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan. Seseorang akan cenderung mengikuti suatu tindakan apabila ia mempunyai penjelasan yang lengkap tentang tindakan yang akan dilakukannya tersebut.
4. Otonomi pribadi, yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan.
5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak. Hal ini disebabkan untuk melakukan suatu tindakan apapun, diperlukan suatu kondisi dan situasi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia maupun kemampuan yang ada.

Penelitian-penelitian dan teori-teori yang dikembangkan oleh para antropolog seperti perilaku sehat (health behavior), perilaku sakit (illness behavior) perbedaan antara illness dan disease, model penjelasan penyakit (explanatory model), peran dan karir seorang yang sakit (sick role), interaksi dokter-perawat, dokter-pasien, perawat-pasien, penyakit dilihat dari sudut pasien, membuka mata para dokter bahwa kebenaran ilmu kedokteran modern tidak lagi dapat dianggap kebenaran absolut dalam proses penyembuhan (Bartlett, no date); (Badura and Kickbusch, 1991).

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi.

Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subjektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat- sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya. Sebaliknya

petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang objektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu.

3.3.3 Teori World Health Organization (WHO)

Menurut teori WHO, terdapat 4 determinan mengapa seseorang berperilaku yakni (World Health Organization, 2006); (Irwan, 2017); (Kemenkes, 2016):

1. Pemikiran dan perasaan. Hasil pemikiran dan perasaan seseorang atau dapat disebut pula pertimbangan pribadi terhadap obyek kesehatan merupakan langkah awal seseorang untuk berperilaku. Pemikiran dan perasaan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal seperti pengetahuan, kepercayaan, dan sikap.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang yang dipercayai. Perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh orang yang dianggap penting oleh dirinya seperti tokoh masyarakat. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang dilakukan atau dikatakannya akan cenderung untuk diikuti.
3. Sumber daya yang tersedia. Adanya sumber daya seperti fasilitas, uang, waktu, tenaga kerja akan memengaruhi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Pengaruh ini dapat bersifat positif maupun negatif.
4. Kebudayaan, kebiasaan, nilai, maupun tradisi yang ada di masyarakat.

3.3.4 Teori Health Belief Model

Health Belief Model pertama dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial pada US Public Health Service untuk menjelaskan kegagalan orang berpartisipasi dalam program pencegahan atau pendeteksian penyakit. Kemudian model tersebut diperluas agar dapat diterapkan pada respons orang terhadap gejala dan perilakunya dalam respons pada diagnosis penyakit, khususnya kepatuhan pada regimen medis. Meskipun model tersebut lambat laun berkembang dalam respons terhadap masalah program praktis, diberikan dasar teori psikologi sebagai bantuan untuk memahami sebab serta kekuatan dan kelemahannya.

Teori perilaku *The Health Belief Model* biasa digunakan dalam menjelaskan perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Beberapa hal yang dikembangkan dalam model ini antara lain teori adopsi tindakan (action). Teori ini menekankan pada sikap dan kepercayaan individu dalam berperilaku khususnya perilaku kesehatan. Kepercayaan dan persepsi individu terhadap sesuatu menumbuhkan rencana tindakan dalam diri individu. Teori perilaku ini lebih menekankan pada aspek keyakinan dan persepsi individu. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu (Susilawaty, Saleh and Bashar, 2019).

Health Belief Model menekankan pada persepsi yang kuat dan dugaan yang kuat dari adanya dampak penyakit terhadap pengobatan. Hampir serupa dengan persepsi manfaat dan persepsi kerugian dari perilaku kesehatan yang efektif. Health Belief Model merupakan teori nilai harapan, konsep nilai harapan dalam konteks perilaku terkait kesehatan, maka konsep tersebut berubah menjadi (1) keinginan untuk menghindari penyakit atau menjadi sehat (nilai) dan (2) keyakinan bahwa tindakan sehat tertentu yang bisa dilakukan akan mencegah atau mengurangi sakit.

Harapan ini selanjutnya dijelaskan berkenaan dengan perkiraan individu tentang kerentanan pribadi terhadap penyakit dan berat penyakit serta kemungkinan kemampuan untuk mereduksi ancaman tersebut melalui tindakan pribadi. *Health Belief Model* dikembangkan dari teori perilaku, yang antara lain berasumsi bahwa perilaku seseorang tergantung pada (1) nilai yang diberikan individu pada suatu tujuan dan (2) perkiraan individu terhadap kemungkinan bahwa perilakunya akan dapat mencapai tujuan tersebut.

Lingkup dan aplikasi *Health Belief Model* pada perilaku kesehatan, antara lain digunakan perilaku dalam upaya pencegahan untuk tidak sakit, perilaku yang berkaitan dengan diagnosis sakit dan yang dapat berpengaruh terhadap keparahan sakit.

Komponen Health Belief Model (Conner, 2015); (Gochman, 1988);

1. Kerentanan yang dirasakan (Perceived Susceptibility)

Dimensi persepsi kerentanan mengukur persepsi subyektif individu terhadap risiko terkena kondisi kesehatan. Untuk kasus penyakit medis, dimensi tersebut telah dirumuskan ulang sehingga meliputi

penerimaan individu terhadap diagnosis, penilaian pribadi akan kerentanan ulang (susceptibility) dan kerentanan terhadap penyakit secara umum (Susilawaty, Saleh and Bashar, 2019).

2. Manfaat yang dirasakan (Perceived Benefit)

Meskipun penerimaan kerentanan pribadi terhadap suatu kondisi yang juga diyakini serius (yaitu kerentanan terhadap persepsi ancaman) menghasilkan dorongan yang mengarah pada perilaku, tindakan yang dilakukan bergantung pada keyakinan mengenai efektivitas berbagai perilaku dalam mengurangi ancaman kesehatan (perceived benefits of taking health action). Faktor lain meliputi manfaat tidak terkait kesehatan (misalnya, berhenti merokok untuk menghemat uang). Jadi, individu yang menunjukkan kadar keyakinan optimal pada kerentanan dan keparahan tidak dapat diharapkan menerima rekomendasi tindakan kesehatan apapun, kecuali tindakan itu dipersepsi berpotensi efektif.

3. Hambatan (Perceived Barrier)

Aspek berpotensi negatif pada tindakan kesehatan tertentu, yaitu persepsi hambatan, akan menghambat pelaksanaan perilaku yang disarankan. Terjadi semacam analisis untuk rugi yang tidak disadari. Dengan analisis ini individu menimbang antara dugaan efektivitas tindakan dan persepsi bahwa tindakan tersebut mahal, bahaya (berefek samping negatif), tidak menyenangkan (sakit, sulit atau mengganggu), tidak nyaman, makan waktu dan sebagainya. Jadi kombinasi kadar kerentanan dan keparahan memberikan energi atau daya untuk bertindak dan persepsi manfaat (lebih sedikit hambatan) memberikan jalan bagi tindakan.

4. Isyarat Bertindak (Cues to Action)

Berbagai formulasi awal Health Belief Model membahas konsep cues (isyarat) yang memicu tindakan. Persepsi kerentanan dan persepsi manfaat hanya dapat di potensialisasi dengan faktor lain, khususnya isyarat berupa peristiwa badani dan peristiwa lingkungan, misal, publisitas media, yang memicu tindakan.

5. Variabel Lain

Variabel demografi, sosio psikologi dan struktural yang berbeda dapat memengaruhi persepsi individu, dan dengan demikian tak langsung memengaruhi perilaku terkait kesehatan. Secara khusus, berbagai faktor sosiodemografi, terutama prestasi pendidikan, diyakini memiliki efek tak langsung terhadap perilaku dengan memengaruhi persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan. Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga memengaruhi Health Belief Model individu.

Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan. Beberapa faktor Health Belief Model berbasis kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berpikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori Health Belief Model (HBM). HBM adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan (Susilawaty, Saleh and Bashir, 2019); (Irwan, 2017); (Aulia Faris Akbar, 2012); (Notoatmodjo, 2010).

3.4 Perubahan Perilaku Kesehatan

3.4.1 Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam (Notoatmodjo, 2007), perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga:

1. Perubahan alamiah (Natural Change)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi,

maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (Planned Change)

Perubahan ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, seseorang perokok berat yang pada suatu saat terserang batuk yang sangat mengganggu, ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya berhenti merokok sama sekali.

3. Kesiediaan untuk berubah (Readiness to Change)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (readiness to change) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

3.4.2 Tahapan Perubahan Perilaku

Teori perubahan perilaku yang sering dipakai adalah teori adopsi inovasi dari Roger dan Shoemaker (Notoatmodjo, 2007); (Irwan, 2017), mengatakan bahwa proses adopsi melalui lima tahap yaitu awareness, interest, evaluation, trial dan adoption. Tahap awareness merupakan tahapan seseorang mengetahui/menyadari tentang adanya ide baru, tahap interest adalah tahap menaruh perhatian terhadap ide baru tersebut. Tahap trial yaitu tahap saat seseorang mulai mencoba memakainya.

Tahap terakhir adalah tahap adoption, bila orang tersebut tertarik maka ia akan menerima ide baru tersebut. Tahap adopsi ini tidak akan berarti setelah suatu inovasi diterima atau ditolak, situasi ini akan dapat berubah akibat pengaruh lingkungan. Tidak semua orang mempunyai kecepatan yang sama dalam mengadopsi sesuatu yang baru. Di dalam masyarakat ada yang cepat menerima sesuatu yang baru dan ada yang sukar menerima sesuatu yang baru

tersebut. Oleh karena itu dalam upaya merubah perilaku masyarakat tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit rabies diperlukan waktu yang lama.

World Health Organization menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena ada empat alasan pokok yaitu:

1. Pemikiran dan perasaan (thoughts and feeling), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap dan penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).
2. Orang penting sebagai referensi.
3. Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila orang tersebut penting untuknya maka apa yang dia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
4. Sumber daya (resources).
5. Sumber daya disini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat.
6. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

Dari alasan diatas dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh karena itu perilaku yang sama dari beberapa orang yang sama dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda (Notoatmodjo, 2010).

3.4.3 Strategi Perubahan Perilaku

Menurut WHO, strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan dalam 3 kelompok yaitu:

1. Memberikan kekuatan/kekuasaan atau dorongan
Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan atau undang-undang yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama

karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku akan mereka peroleh dengan lebih mendalam. Diskusi partisipasi adalah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

Bab 4

Model - Model Promosi Kesehatan

4.1 Pendahuluan

Perubahan perilaku individu atau masyarakat ke arah tercapainya derajat kesehatan yang optimal menjadi tantangan yang sangat berat bagi profesional promosi kesehatan. Hal ini membutuhkan berbagai strategi ataupun model untuk melakukan promosi kesehatan kearah perubahan perilaku individu ataupun masyarakat. Perilaku individu itu sendiri merupakan salah satu faktor yang sangat signifikan dalam mempengaruhi derajat kesehatan seseorang. Di mana, selain faktor perilaku yang mempengaruhi derajat kesehatan individu adalah genetik, lingkungan dan juga faktor pelayanan kesehatan (Hasnidar et al., 2020).

Faktor-faktor tersebut tidak berdiri sendiri untuk mempengaruhi derajat kesehatan individu ataupun masyarakat. Keempat faktor tersebut saling melengkapi dalam mempengaruhi derajat kesehatan individu maupun masyarakat. Itu berarti bahwa, pelaksanaan promosi kesehatan harus mampu mendorong keempat faktor tersebut untuk menjadi optimal (Hulu et al., 2020). Dengan kata lain bisa mendukung kehidupan individu maupun kehidupan kelompok masyarakat. Mengingat besarnya pengaruh dari keempat faktor

tersebut di atas terhadap derajat kesehatan individu dan masyarakat. Namun demikian, tingkat pengaruhnya terhadap kesehatan juga berkaitan erat dengan faktor – faktor yang lain seperti faktor demografi, sumber daya alam, sistem budaya, dan keseimbangan ekologi di lingkungan sekitar individu maupun kelompok masyarakat. Hal ini bisa dijelaskan oleh gambar di bawah ini.



Gambar 4.1: Faktor-faktor Penentu Derajat Kesehatan Individu ataupun Masyarakat

Seperti kita ketahui bahwa promosi kesehatan adalah proses memungkinkan masyarakat untuk bisa mengenali masalah kesehatannya sendiri dan juga memahami potensi yang dimilikinya (Edelman and Kudzma, 2018). Pada akhirnya individu ataupun kelompok masyarakat bisa mengatasi permasalahannya sendiri. Inilah yang disebut dengan pemberdayaan masyarakat. Proses pemberdayaan ini dapat dikatakan akan mampu menciptakan keberlanjutan (Sustainability) dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dengan kata lain bahwa promosi kesehatan tidak hanya memberikan pendidikan ataupun penyuluhan kesehatan untuk dapat memandirikan masyarakat. Akan tetapi masyarakat menjadi subjek di dalam program kesehatan itu sendiri.

Masyarakat dilibatkan mulai dari proses identifikasi permasalahannya, kemudian merencanakan kegiatan yang mengarah pada pemecahan masalah yang dihadapinya. Hingga sampai pada pelaksanaan atau penerapan program tersebut. Di mana selama proses pelaksanaan masyarakat juga diajak untuk memantau proses dan mengevaluasinya. Dengan keterampilan dan

pengalaman seperti tersebut diatas, maka kemampuan dan keterampilan masyarakat untuk memecahkan permasalahannya akan tercipta. Sudah banyak studi yang dilakukan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat. Sebagai contoh studi yang dilakukan di wilayah Kota Kendari, Sulawesi Tenggara yaitu dengan melibatkan masyarakat sipil yang dalam hal ini adalah kader kesehatan dalam pembinaan atau pengawasan kepada pedagang makanan cepat saji. Di mana, studi tentang pemberdayaan masyarakat sipil tersebut mampu merubah perilaku pedagang makanan cepat saji dan meningkatkan kualitas makanan yang beredar di masyarakat (Tasnim and Lusida, 2020).

Dengan pemberdayaan kepada kader kesehatan tersebut akhirnya terjadi penurunan angka kesakitan yang diakibatkan oleh pencemaran makanan atau minuman yang beredar di pasaran. Di mana penurunan tingkat pencemaran makanan dan minuman tersebut disebabkan oleh perubahan perilaku para pedagang makanan cepat saji dalam proses pengelolaannya. Oleh karena itu, di dalam proses penerapan promosi kesehatan individu atau kelompok masyarakat akan mempunyai keterampilan untuk pengawasan atau pengendalian terhadap masalah kesehatan diri dan sekitarnya. Dengan demikian individu dan kelompok masyarakat tersebut dapat meningkatkan derajat kesehatannya sendiri. Tentunya proses pemberdayaan individu dan masyarakat tersebut juga perlu memperhatikan faktor sosial budaya masyarakat setempat. Melalui proses promosi kesehatan inilah, diharapkan akan terjadi perubahan perilaku individu atau kelompok masyarakat ke arah perilaku kesehatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan individu atau masyarakat. Model pendekatan promosi kesehatan untuk perubahan perilaku individu dan masyarakat tersebut telah banyak disarankan.

Seperti kita ketahui bahwa model-model perubahan perilaku tersebut dilandaskan atas asas hubungan sebab dan akibat. Ini seringkali dikenal dengan model Precede-Proceed. Model-model yang lain yang juga sering dijadikan dasar untuk melakukan promosi kesehatan, antara lain seperti:

1. Model Keyakinan Kesehatan (Health Belief Model);
2. Theory of Reasoned Action;
3. Theory of Planned Behaviour;
4. Transtheoretical model;
5. Teori sebab akibat; dan
6. Model Transaksional stres dan koping.

Model pendekatan promosi kesehatan untuk perubahan perilaku tersebut, berasal dari teori-teori psikologi sosial. Di dalam sub bab ini akan menjelaskan secara detail tentang tiga model promosi kesehatan saja yaitu model keyakinan kesehatan, Theory of reasoned action, dan theory of planned behaviour. Secara detail berkaitan dengan model-model promosi kesehatan tersebut dijabarkan pada sub bab berikut. Tentunya masing-masing model promosi kesehatan tersebut diatas mempunyai pendekatan yang spesifik untuk masing-masing model. Namun demikian, masing-masing model tersebut disamping mempunyai keunggulan juga mempunyai kekurangan dalam mendorong perubahan perilaku individu ataupun kelompok masyarakat.

4.2 Model Keyakinan Kesehatan (Health Belief Model)

Model Keyakinan Kesehatan merupakan salah satu pendekatan yang mempelajari perilaku individu yang didasarkan atas empat keyakinan yang dirasakan (Day, Dort and Tay-Teo, 2010). Teori atau model ini ditemukan pada akhir tahun 1950. Yaitu dimulai dari penemuan tentang skrining X-ray penyakit tuberculosi. Yang pada awal mulanya model ini hanya digunakan untuk memahami tentang mengapa seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan pencegahan. Namun demikian, model keyakinan kesehatan untuk saat ini digunakan dalam hal pendalaman tentang keputusan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Sebelum memahami tentang model keyakinan kesehatan ini, terlebih dahulu penting untuk memahami apa itu kepercayaan. Kepercayaan dalam hal ini diartikan sebagai karakteristik kognitif individu atau yang biasa disebut dengan persepsi individu yang membentuk perilaku seseorang (Day, Dort and Tay-Teo, 2010).

Di mana kepercayaan tersebut bisa diperoleh melalui:

1. Internalisasi suatu kepercayaan dari seseorang sekitar kita selama masa kanak-kanak.
2. Mengadopsi kepercayaan dari orang-orang yang berpengaruh seperti pasangan kita atau pemimpin.

3. Dari pesan-pesan yang diterima terus menerus dan berhubungan dengan kepercayaan dengan suatu bayangan gender, cinta atau emosi positif yang kurang.
4. Trauma fisik.

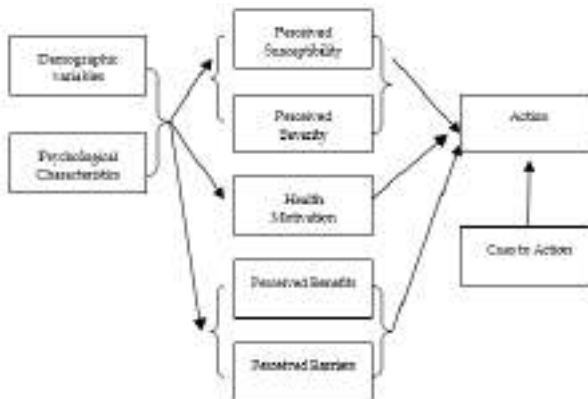
Di mana kepercayaan-kepercayaan tersebut akan berbeda antar individu yang mempunyai latar belakang yang sama. Meskipun ada anggapan bahwa kepercayaan dapat dimodifikasi. Seseorang sering melekat pada keyakinan dan kenyataan dari mereka yang melawan kepentingan mereka sendiri. Seperti telah disinggung di atas, bahwa model keyakinan kesehatan ini fokus pada kepercayaan pokok yang membentuk perilaku kesehatan.

Di mana definisi dari kepercayaan pokok tersebut yaitu meliputi (Day, Dort and Tay-Teo, 2010):

1. Kemungkinan yang dirasakan dari pengalaman masalah kesehatan.
2. Tingkat keseriusan atau kegawatan yang dirasakan dari konsekuensi pengalaman terhadap masalah kesehatan.
3. Keuntungan-keuntungan yang dirasakan dari tindakan kesehatan.
4. Hambatan-hambatan atau biaya yang berhubungan dengan tindakan kesehatan.

Seiring dengan perkembangan ilmu, maka model keyakinan kesehatan ini juga dikembangkan dengan memasukkan faktor-faktor yang lain seperti self-efficacy (Lin et al., 2005). Maksud dari dasar konsep tersebut bahwa keputusan seseorang untuk melakukan tugas atau perilaku kesehatan akan tergantung pada penilaian dari kemampuan mereka sendiri untuk mengorganisir dan melaksanakan berbagai kegiatan atau tahapan yang diminta untuk menyelesaikan tugas tersebut. Faktor yang lain yang juga diasumsikan juga mempengaruhi keputusan perubahan perilaku individu adalah Cues to action. Faktor tersebut merupakan strategi untuk menggerakkan individu pada kondisi kesiapan untuk berubah. Hal ini berkaitan dengan promosi yang mendorong individu untuk mendapatkan informasi yang akan mempengaruhi kesadarannya. Yaitu baik dari media –media promosi, petugas kesehatan juga akibat dari dorongan seseorang yang ada di sekeliling individu tersebut.

Secara detail model keyakinan kesehatan (Health Belief Model) tersebut digambarkan dalam diagram dibawah ini:



Gambar 4.2: Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model) (Day, Dorr and Tay-Teo, 2010)

Namun demikian, model kepercayaan kesehatan ini mempunyai kelemahan. Di mana, kelemahan nya yaitu model ini hanya fokus pada keyakinan pada aspek kesehatan saja. Perlu kita ketahui bahwa individu dalam memutuskan perubahan perilaku nya tidak hanya berdasarkan pada aspek kesehatan saja, namun banyak faktor di luar bidang kesehatan. Hal ini bisa dibuktikan bahwa, seseorang berhenti merokok tidak hanya karena keyakinan terhadap tingkat kerentanan dan keseriusan penyakit yang dihubungkan dengan merokok, melainkan seseorang berhenti merokok karena desakan orang-orang disekitarnya atau berkaitan dengan faktor sosial ekonomi. Ini berarti bahwa aspek sosial juga memainkan peranannya dalam merubah perilaku individu.

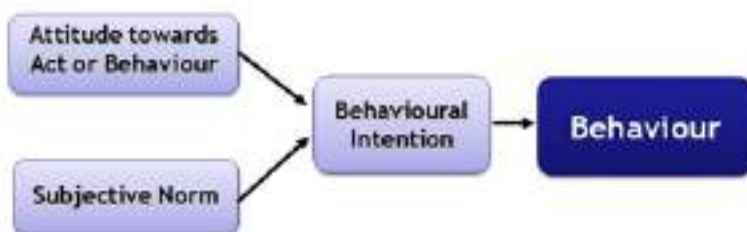
4.3 Theory of Reasoned Action

Model promosi kesehatan yang lain yaitu berdasarkan dari theory of reasoned action. Di mana model ini menyatakan bahwa perilaku individu disebabkan oleh faktor sikap (attitude) dan norma subjektif (Subjective norm) yang mendorong individu untuk berkehendak atau bermaksud (Intention) (Ajen, 2005). Di mana, keinginan inilah yang kemudian mendorong individu untuk

bertindak atau berperilaku. Oleh karena itu, model promosi kesehatan ini dikenal dengan model yang berhubungan erat dengan dimensi psikologi sosial.

Seperti yang dijelaskan diatas bahwa intention atau kehendak sebagai prediktor terhadap munculnya atau berubahnya perilaku individu. Bila menganalisis lebih jauh tentang sikap, di mana sikap individu akan muncul ketika mereka telah memikirkan keuntungan dan kerugian dari konsekuensi yang akan terjadi. Dalam arti bahwa, perubahan perilaku seseorang didasarkan atas alasan tertentu. Model ini juga sudah membuktikan bahwa selain aspek keyakinan terhadap kesehatan, norma subjektif dan sikap juga turut mendorong seseorang untuk mempunyai niat untuk berperilaku. norma subjektif yang menjelaskan tentang keyakinan seseorang tentang perilaku yang wajar atau normal yang diterima oleh masyarakat setempat. Sementara sikap individu terjadi ketika seseorang telah memperhatikan atas hasil yang terjadi ketika sedang berperilaku.

Secara detail model promosi kesehatan yang didasarkan atas theory of Reasoned Action diilustrasikan seperti berikut:



Gambar 4.3: Model Promosi Kesehatan Berdasarkan Theory of Reasoned Action (Ajen, 2005)

Kembali ketika dilihat pada gambar diatas menjelaskan bahwa minat lah yang menjadi faktor pendorong terkuat untuk terjadinya perilaku. Di mana minat tersebut muncul karena dua faktor yaitu sikap dan norma subjektif atau persepsi seseorang terhadap pandangan tentang perilaku yang dilakukan dari masyarakat disekitarnya. Itu berarti bahwa munculnya atau berubahnya perilaku individu didasari oleh persepsi tentang suatu objek atau perilaku baik yang muncul dari dirinya sendiri dan juga dari orang lain yang ada disekitarnya. Untuk memahami apa itu sikap dan norma subjektif, maka dibawah ini akan dijelaskan tentang dua faktor yang mendorong minat seseorang untuk berperilaku.

4.3.1 Sikap

Sikap adalah merupakan ungkapan dari apa yang dirasakan oleh seseorang berkaitan dengan objek baik yang disenangi ataupun yang tidak disenangi (Maulana, Heri D.J, 2009). Selain itu, sikap yang muncul dari diri seseorang juga merupakan gambaran keyakinannya tentang sesuatu yang berkaitan dengan kebermanfaatan dari apa yang diterimanya atau yang dirasakannya. Dengan kata lain bahwa sikap merupakan ekspresi dari perasaan yang muncul tentang apa yang disenangi maupun tidak disenangi seseorang.

Sikap seseorang tidak bisa diamati secara langsung. Namun, sikap bisa dipelajari dari apa yang dikatakan atau yang dilakukan oleh seseorang (Lin et al., 2005). Sikap sangat berkaitan dengan kepercayaan dan perilaku. Oleh karena itu, sikap sebagai prediktor bagi munculnya minat seseorang untuk bertindak. Sikap dikatakan juga mempunyai sifat dan fungsi. Sifat dari pada sikap seseorang yaitu merupakan predisposisi yang dipelajari, memiliki konsistensi, dan terjadi dalam situasi tertentu.

Sementara bila dilihat dari fungsinya, maka sifat mempunyai empat fungsi yaitu:

1. Utilitarian,
2. Ekspresi nilai,
3. Pertahanan ego, dan
4. Pengetahuan.

4.3.2 Norma Subjektif

Sementara norma subjektif yang merupakan faktor penentu dari maksud atau minat seseorang adalah merupakan suatu bentuk keyakinan individu tentang keinginan dari masyarakat atau individu yang ada disekitarnya tentang sesuatu. Untuk mengetahui aspek norma subjektif pada individu yaitu dengan menilai apa yang dirasakan seseorang tentang orang lain setuju atau tidak setuju tentang objek atau perilaku tertentu yang akan dilakukannya. Dengan arti bahwa norma subjektif adalah kepercayaan seseorang tentang orang atau masyarakat disekitarnya tentang penyetujuan atau tidak untuk perilaku yang akan mereka lakukan (Ajen, 2005).

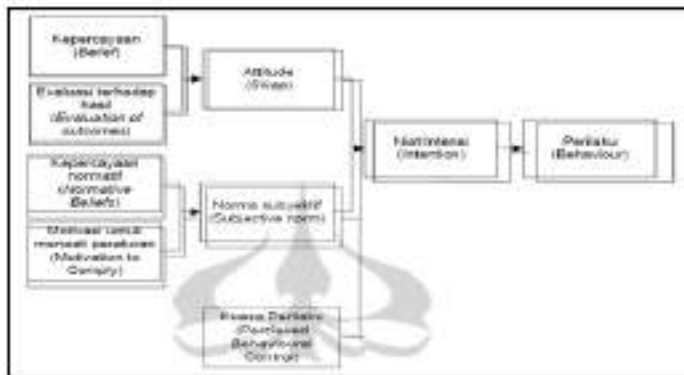
Lebih tepatnya bahwa norma subjektif adalah penentu yang lebih besar bila dibandingkan dengan sikap seseorang dalam mempengaruhi minat untuk bertindak. Salah satu bentuk ukuran dari aspek norma subjektif adalah bisa

dilihat dari seberapa besar keyakinan dari dukungan keluarga, dukungan dari teman, dukungan dari tokoh di sekelilingnya dalam mendorong usaha perubahan perilaku yang dilakukannya. Kesimpulannya adalah bahwa seseorang akan berperilaku ketika mereka telah mengalami sesuatu yang dirasakan positif dan juga didukung oleh masyarakat di mana individu tersebut berada. Namun demikian, *theory of reasoned action* ini dianggap masih mempunyai kelemahan. Pada *theory* ini yaitu belum melihat bahwa faktor ketersediaan sumber daya dan kesempatan yang dirasakan oleh individu menjadi penentu dari munculnya minat seseorang untuk berperilaku.

4.4 Theory of Planned Behaviour

Model promosi kesehatan yang lain yang digunakan dalam memahami perilaku individu yaitu model yang didasarkan atas *Theory of Planned Behaviour*. Teori ini merupakan pengembangan konsep dari *theory of reasoned action*. Di mana maksud juga menjadi prediktor dari munculnya perilaku seseorang. Akan tetapi pada *Theory of Planned Behavior* ini dilihat juga bahwa faktor kontrol memiliki pengaruh yang sama besar dengan sikap dan norma subjektif. Dorongan minat seseorang untuk mewujudkan perilakunya ketika mereka mempunyai kontrol sepenuhnya terhadap minatnya tersebut. Di mana kekuatan kontrol yang dirasakan oleh seseorang akan tergantung kepada sumber daya yang dimilikinya dan juga kesempatan yang ada bagi dirinya.

Sumber daya bisa meliputi keuangan maupun keterampilan. Sementara yang dimaksud kesempatan adalah menyangkut tentang waktu. Kontrol individu terhadap perilaku yang dirasakan ini disebut dengan “*Perceived behavioural control*” dalam bahasa Inggrisnya. Pada model *theory of Planned Behaviour* inilah yang diasumsikan mempunyai peran yang sangat penting dalam munculnya minat seseorang untuk berperilaku (Ajen, 2005). Secara detail model promosi kesehatan yang menganut pada *Theory of Planned Behaviour* dijelaskan pada gambar di bawah ini.



Gambar 4.4: Model promosi kesehatan berdasarkan Theory of Planned Behaviour (Ajen, 2005)

Dalam hal ini yang menjadi faktor penentu yang lain dalam memunculkan minat untuk berperilaku adalah *perceived behavioral control* atau persepsi kontrol berperilaku. Secara detil apa itu persepsi kontrol terhadap perilaku dijabarkan di bawah ini.

4.4.1 Persepsi Kontrol Keperilakuan (*Perceived Behavioral Control*)

Aspek persepsi kontrol berperilaku ini adalah tentang perasaan akan kemampuan diri sendiri dalam berperilaku. Yang dalam hal ini sering disebut dengan *self-efficacy* dalam bahasa Inggrisnya. Faktor pengontrolan ini lebih tepatnya yaitu tentang pandangan akan kemudahan dan kesulitan individu dalam berperilaku. Disamping itu tentang proses pengendalian diri seseorang dalam mencapai tujuan dari hasil perilaku yang akan mereka lakukan (Teo and Lee, 2010).

Selain itu, *perceived behavioral control* adalah suatu kondisi akan tingkat kepercayaan individu akan kemudahan dan kesulitan, juga akan kendala yang akan ditemui. Di mana, hal ini akan menjadi bahan pertimbangan individu dalam memunculkan minat atau niatnya untuk merubah perilakunya. Namun demikian, ini akan terjadi pada kondisi tertentu. Mengingat faktor ini adalah terjadi di luar diri individu tersebut. Aspek inilah yang merupakan pengembangan dari model promosi kesehatan yang sebelumnya yaitu *Theory of Reasoned Action*.

Bab 5

Ruang Lingkup dan Prinsip Promosi Kesehatan

5.1 Pendahuluan

Salah satu faktor untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah kualitas sumber daya manusia yang mampu melaksanakan dan memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku. Dalam standar pelayanan kesehatan pertama terdapat persiapan untuk kehidupan keluarga sehat yang bertujuan memberikan promosi kesehatan (pendidikan kesehatan) yang tepat.

Upaya promosi kesehatan merupakan tanggung jawab bersama. Oleh karena itu, promosi kesehatan perlu didukung oleh semua pihak yang berkepentingan. Rancangan program promosi kesehatan yang dilaksanakan oleh bidan melalui program kemitraan pelayanan persalinan terpadu. Program ini diharapkan dapat membantu peningkatan upaya keselamatan ibu dengan menjalin kemitraan lintas sektoral yang terkait. Bentuk kemitraan terdiri atas kemitraan dengan masyarakat, dukun bayi, organisasi IBI, dan dengan penentu kebijakan (pemerintah atau tokoh masyarakat) dalam mendukung pelayanan kesehatan reproduksi kemitraan mengandung arti saling bertukar pengetahuan, sumber

daya, dan komitmen untuk mencapai tujuan bersama. Pada hakikatnya adalah upaya intervensi yang ditunjukkan pada faktor perilaku. Pendidikan dan perilaku kesehatan adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Perilaku merupakan determinan kesehatan, sedangkan pendidikan (promosi kesehatan) adalah bentuk intervensi terhadap perilaku.

5.2 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Lingkup promosi kesehatan dalam pelayanan kebidanan meliputi sasaran bayi, anak balita, remaja, PUS/WUS, ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, klimakterium / menopause. (Hikmawati, 2011)

Masa Bayi (neonatus)

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang memengaruhi fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi, dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatik dan cepat berlangsung adalah pada sistem pernapasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan sumber glukosa.

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan pada sasaran bayi antara lain:

1. Memberikan imunisasi untuk melindungi anak terhadap beberapa penyakit yang berbahaya.
2. Periksa dan timbang bayi secara teratur di posyandu untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi.
3. Berikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan setelah 6 bulan diberikan makanan lain yang sesuai dengan kebutuhan untuk menjamin kesehatannya, pertumbuhan, perkembangan, dan kecerdasan, dan pemberian ASI sampai umur 2 tahun.
4. Anjurkan perawatan tali pusat dengan membungkus kasa steril kering, dan dijaga agar selalu bersih dan kering.

5. Jaga bayi dalam keadaan bersih hangat dan kering dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan.
6. Awasi masalah kesulitan pada bayi dan jaga keamanan bayi terhadap trauma, penyakit atau infeksi, dan segera ukur suhu tubuh bila tampak sakit atau menyusu kurang baik.

Anak Balita (Bawah Lima Tahun)

Anak Balita sebagai masa emas atau “Golden Age” yaitu insan manusia yang berusia 0-6 tahun sesuai UU No 20 Tahun 2003, meskipun sebagian pakar menyebut anak balita adalah anak dalam rentang usia 0-8 tahun. Balita merupakan kelompok anak yang berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan yang bersifat unik, artinya memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan fisik (koordinasi motorik halus dan motorik kasar), kecerdasan (daya pikir, daya cipta, kecerdasan emosi, kecerdasan spiritual), sosio-emosional (sikap dan perilaku serta agama), bahasa dan komunikasi yang khusus sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang sedang dilalui anak tersebut.

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan pada sasaran anak balita antara lain:

1. Pemeriksaan dan penimbangan anak dilaksanakan setiap bulan agar terjamin pertumbuhan dan kesehatannya.
2. Berikan anak balita satu kapsul vitamin A takaran tinggi setiap 6 bulan untuk mencegah kebutaan
3. Berikan makanan seimbang sesuai dengan perkembangan umurnya
4. Berikan oralit jika terjadi diare, dan periksa suhu tubuh jika mengalami gejala panas
5. Perhatikan kasih sayang dengan mengajak berbicara dan bermain bersama, agar terpenuhi kebutuhan mental dan emosi anak
6. Anak balita yang tumbuh dan berkembang dengan baik akan menjamin kelangsungan hidup yang lebih baik.

Masa Remaja

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan pada sasaran remaja antara lain:

1. Menjalinkan hubungan yang dekat dengan teman sebaya pria dan wanita

2. Mempersiapkan bekal ilmu pengetahuan yang cukup untuk menghadapi masa depan
3. Belajar ilmu seksologi yang benar dengan orang-orang yang memahami betul agar tidak terjerumus dalam seks bebas
4. Menjaga kesehatan fisik dan rohani dengan baik
5. Jika sudah memiliki bekal/siap untuk menikah segera lakukan pernikahan

Masa Hamil

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan pada sasaran ibu hamil antara lain:

1. Bantulah ibu dengan dukungan moril dan spiritual menjelang persalinan, jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan
2. Bila ibu tampak gelisah, berilah dukungan atau asuhan kebidanan dengan melakukan perubahan posisi, tidur miring, berjalan santai, atau aktivitas sesuai kemampuannya dan teknik bernafas.
3. Penolong harus menjaga privasi ibu dalam persalinan antara lain penggunaan tirai dan tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien atau ibu
4. Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan
5. Buat keadaan ibu nyaman mungkin, hindari suasana panas antara lain dengan bantuan kipas angin dan AC
6. Penuhi kebutuhan energi dan cukup minum untuk mencegah dehidrasi
7. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin

Ibu Nifas

Upaya – upaya promosi kesehatan pada ibu nifas antara lain:

1. Kebersihan diri
 - a. Jaga kebersihan alat genetalia dengan mencucinya menggunakan sabun dan air, keringkan daerah vulva sampai anus sebelum

memakai pembalut wanita, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari.

- b. Pakailah pakaian yang longgar, kering dan mudah menyerap keringat
- c. Jaga kebersihan rambut dan mencucinya dengan conditioner menggunakan sisir yang lembut, karena ibu nifas biasanya mengalami gangguan kerontokan rambut akibat perubahan hormone
- d. Jaga kebersihan kulit dengan mandi lebih sering dan menjaga kulit agar tetap dalam keadaan kering

2. Mobilisasi

Lakukan mobilisasi sedini mungkin, paling tidak dua jam setelah persalinan, terutama bagi persalinan normal, berguna untuk memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) sedangkan bagi yang mengalami komplikasi persalinan mobilisasi disesuaikan.

3. Buang air kecil

Pengeluaran urin meningkat pada 24-48 jam pertama sampai sekitar hari ke- 5 setelah melahirkan, hal ini dikarenakan volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Promosi kesehatan yang dilakukan antara lain:

- a. Belajar berkemih spontan segera setelah melahirkan
- b. Tidak menahan BAK ketika terasa sakit pada jahitan
- c. Buang Air Besar
- d. Konstipasi (sulit buang air besar)

Konstipasi terjadi pada ibu yang melahirkan, hal ini dikarenakan adanya rasa sakit, takut jahitan robek, atau hemoroid. Promosi kesehatan yang dilakukan antara lain:

- a. Mobilisasi dini
- b. Konsumsi makanan kaya serat
- c. Cukup minum
- d. Menggunakan pencahar jika sampai hari ketiga belum BAB

- e. Istirahat: Anjurkan istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 4. Latihan fisik
Lakukan senam nifas untuk memperlancar sirkulasi darah dan membantu memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul.
- 5. Nutrisi
Anjurkan makanan dengan menu gizi seimbang, perbanyak konsumsi air minum dan tablet zat besi minimal selama 40 hari pasca melahirkan
- 6. Perawatan payudara
Anjuran menjaga kebersihan payudara, terutama bagian puting, ajarkan teknik-teknik perawatan payudara apabila terjadi gangguan pada payudara, seperti puting lecet dan pembengkakan payudara gunakan BH yang menyokong payudara
- 7. Menyusui
Ajarkan teknik menyusui yang benar, dan berikan ASI kepada bayi sesering mungkin (sesuai kebutuhan tanpa terjadwal)
- 8. Penyesuaian seksual
Anjurkan bahwa setelah melewati masa nifas, aman untuk memulai hubungan suami istri, dan kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan untuk menjaga keharmonisan rumah tangga.

Ibu menyusui

Kegiatan promosi kesehatan bagi ibu menyusui antara lain:

1. Konsumsi tambahan kalori 500 kalori per hari
2. Makan dengan gizi seimbang
3. Banyak istirahat, dan hindari stress, agar tidak mengganggu produksi ASI.

PUS/WUS

Pasangan Usia Subur (PUS) dan Wanita Usia Subur (WUS), masa ini merupakan masa yang terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33

tahun. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat genitalia bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama masa ini wanita berdarah selama 1800 hari, dan akan terjadi penurunan fertilitas setelah umur 40 tahun.

Promosi kesehatan yang dilakukan pada golongan ini antara lain:

1. Memberikan penyuluhan tentang kontrasepsi
2. Merencanakan keluarga berencana dan memilih alat kontrasepsi yang tepat.

Klimakterium dan Menopause

Klimakterium merupakan masa peralihan yang normal, yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Klimakterium berlangsung kira-kira 6 tahun sebelum menopause berdasarkan keadaan endokrinologi (kadar estrogen turun dan hormon gonadotropin meningkat), dan berakhir 6 tahun sesudah menopause, sehingga lamanya klimakterium kurang lebih 12 tahun. Menopause adalah tidak terjadinya periode menstruasi selama 12 bulan akibat dari tidak aktifnya folikel sel telur.

Periode transisi menopause dihitung dari periode menstruasi terakhir diikuti dengan 12 bulan periode amenorea (tidak mendapatkan siklus haid). Menopause adalah bagian dari periode transisi perubahan masa reproduktif kemasa tidak reproduktif. Usia rata-rata menopause berkisar 43-57 tahun namun tidak ada cara yang pasti untuk memprediksi kapan seorang wanita akan memasuki masa menopause. Selain itu, faktor keturunan juga berperan disini, seorang wanita akan mengalami menopause pada usia tidak jauh berbeda dari ibunya.

5.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmojo 2007 dalam (Alamsyah, 2013) bahwa kesehatan masyarakat merupakan ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari segi dimensi, antara lain: dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat

pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasaran pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu atau person
2. Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok seperti kelompok pengajian, kelompok budaya, kelompok adat, organisasi wanita dan organisasi profesi serta lain-lainnya
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas seperti, melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli terhadap kesehatan

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di tempat, adapun berdasarkan dimensi tempat sebagai berikut:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan dengan para murid, misalnya perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa sekolah dasar yang meliputi pemeriksaan kuku, cara mencuci tangan yang baik dan bagaimana cara menggosok gigi yang benar
2. Pendidikan kesehatan di Rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah sakit
3. Pendidikan kesehatan di puskesmas dengan sasaran pasien atau orang yang datang berobat di Puskesmas
4. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran adalah buruh dan karyawan yang bersangkutan

Berdasarkan Dimensi tingkat pelayanan kesehatan ada lima tingkatan pencegahan yaitu sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan
Promosi kesehatan dalam hal ini diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan status gizi, kebiasaan hidup dan sebagainya
2. Perlindungan khusus
Imunisasi polio, campak pada waktu kecil dengan tujuan sebagai perlindungan agar tidak terkena penyakit

3. **Diagnosis dini dan perlindungan segera**
Kadang-kadang masyarakat sangat sulit atau tidak mau diobati penyakitnya. Dengan ini masyarakat tidak memiliki pelayanan yang layak
4. **Pembatasan cacat**
Kurangnya kesadaran akan pentingnya pengobatan sampai tuntas, maka masyarakat sering berobat tidak sampai sembuh
5. **Rehabilitasi**
Setelah dirawat sampai sembuh dari penyakit dan pulang ke rumah tiba-tiba orang menjadi cacat, untuk memulihkan cacatnya maka diperlukan latihan-latihan, serta orang yang sudah cacat biasanya malu melakukan sosialisasi kepada masyarakat.

5.4 Prinsip Promosi Kesehatan

Menurut Mubarak (2012) prinsip promosi kesehatan antara lain:

1. Promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya (the process of enabling people to control over and improve their health), lingkup yang lebih luas dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan.
2. Promosi kesehatan adalah upaya perubahan/perbaikan perilaku di bidang kesehatan disertai upaya memengaruhi lingkungan atau hal-hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan.
3. Promosi kesehatan juga berarti upaya yang bersifat promotif sebagai perpaduan dari upaya preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam rangkaian upaya kesehatan yang komprehensif.
4. Promosi kesehatan, selain tetap menekankan pentingnya pendekatan edukatif yang selanjutnya disebut gerakan pemberdayaan masyarakat, juga perlu dibarengi dengan upaya advokasi dan bina suasana (social support).

5. Promosi kesehatan berpatokan pada PHBS yang dikembangkan dalam lima tatanan, yaitu, di rumah/tempat tinggal (where we live), disekolah (where we learn), di tempat kerja (where we work), di tempat-tempat umum (where we play and do everything), dan di sarana kesehatan (where we get health services)
6. Peran kemitraan lebih ditekankan pada promosi kesehatan. Peran ini dilandasi oleh kesamaan (equity) keterbukaan (transparansi) dan saling memberi manfaat (mutual benefit). Kemitraan ini dikembangkan pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dan lembaga swadaya masyarakat, juga secara lintas program dan lintas sektor.
7. Promosi kesehatan juga lebih menekankan pada proses atau upaya, tanpa meremehkan arti hasil atau dampak kegiatan

Prinsip promosi kesehatan berdasarkan Deklarasi Shanghai tentang Agenda promosi kesehatan tahun 2030 untuk pembangunan berkelanjutan berdasarkan WHO (2017) dijelaskan sebagai berikut (Nurmala, 2018):

1. Meningkatkan kesehatan literasi dan mendorong keadilan
 - a. Pengakuan terhadap kesehatan literasi sebagai poin penentu penting dan investasi dalam pengembangannya
 - b. Mengembangkan, menerapkan dan memantau strategi nasional dan local lintas sektoral untuk memperkuat kesehatan literasi di semua populasi dan di semua latar pendidikan
 - c. Meningkatkan kontrol masyarakat terhadap kesehatan dan keputusannya sendiri, dengan memanfaatkan potensi teknologi digital
 - d. Memastikan bahwa masyarakat mendukung pilihan yang sehat melalui kualitas kebijakan, informasi yang transparan dan label yang jelas
2. Tata pemerintahan yang baik sangat penting bagi kesehatan
 - a. Menerapkan sepenuhnya mekanisme yang tersedia bagi pemerintah untuk melindungi kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan melalui kebijakan publik

- b. Memperkuat legislasi, peraturan, dan perpajakan komoditas yang tidak sehat
 - c. Menerapkan politik keuangan sebagai alat yang ampuh untuk memungkinkan investasi baru dalam kesehatan dan kesejahteraan, termasuk sistem kesehatan masyarakat yang kuat
 - d. Memperkenalkan cakupan kesehatan universal sebagai cara yang efisien untuk mencapai perlindungan kesehatan dan keuangan
 - e. Memastikan transparansi dan akuntabilitas sosial dan memungkinkan keterlibatan masyarakat sipil
 - f. Memperkuat tata kelola global untuk mengatasi masalah kesehatan di daerah perbatasan dengan lebih baik
 - g. Mempertimbangkan kepentingan dan nilai pengobatan tradisional, yang dapat berkontribusi pada peningkatan hasil kesehatan, termasuk di sustainable development goals (SDG)
3. Sehat dalam segala situasi dan tempat (daerah perkotaan dan komunitas/ masyarakat adalah tempat yang sangat penting bagi pengembangan kesehatan
- a. Memprioritaskan kebijakan yang menciptakan manfaat bersama antara kesehatan dan kesejahteraan dan kebijakan kota lainnya; memanfaatkan sepenuhnya inovasi sosial dan teknologi interaktif;
 - b. Mendukung berbagai kota untuk mempromosikan kesetaraan dan inklusi sosial, memanfaatkan pengetahuan, keterampilan dan prioritas dari populasi mereka yang beragam melalui keterlibatan masyarakat;
 - c. Mengarahkan kembali layanan kesehatan dan social demi mengoptimalkan akses yang menyeluruh bagi masyarakat

5.5 Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi dan Misi dalam promosi kesehatan adalah sebagai berikut (Hikmawati, 2011):

Visi

Tumbuhnya gerakan hidup sehat di masyarakat yang didasari kesadaran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, serta kepedulian untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan menuju terwujudnya Kabupaten/Provinsi/Indonesia sehat 2010. Dasar Visi Promosi Kesehatan (UU KES NO 23/1999), yang berbunyi “meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya”

Misi

1. Memampukan (enable)
Mendorong tumbuhnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya hidup bersih dan sehat, serta berperan aktif dalam upaya kesehatan di masyarakat
2. Menjembatani (mediate)
Mensosialisasikan program promosi kesehatan kepada masyarakat luas
3. Mengadvokasi (advocate)
Melakukan advokasi kebijakan publik untuk yang berdampak positif pada kesehatan.

5.6 Prinsip-Prinsip Kesehatan Masyarakat

Menurut Syafruddin, Theresia (2009) adapun prinsip-prinsip kesehatan masyarakat antara lain:

1. Keluarga sebagai unit pelayanan kesehatan
2. Sasaran pelayanan meliputi: individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

3. Provider bekerja dengan dan bukan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan cara mengikut sertakan dalam penanggulangan masalah kesehatan mereka sendiri
4. Dasar utama dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan metode pemecahan masalah yang dituangkan dalam pelayanan kesehatan
5. Kegiatan utama pelayanan kesehatan adalah di masyarakat dan bukan di rumah sakit
6. Tenaga kesehatan masyarakat adalah tenaga yang generalis
7. Peran tenaga kesehatan terpenting adalah sebagai pendidik (health education), pembantu (change agent)
8. Praktik kesehatan masyarakat timbul dari kebutuhan aspirasi, masalah dan sumber yang terdapat di masyarakat
9. Praktek kesehatan masyarakat dipengaruhi perubahan dalam masyarakat pada umumnya dan perkembangan masyarakat pada khususnya
10. Praktek kesehatan masyarakat adalah bagian dari sistem kesehatan masyarakat
11. Praktek kesehatan masyarakat mempunyai beberapa perbedaan (untuk setiap negara) program ketenagaan organisasi
12. Praktek kesehatan masyarakat merupakan gambaran dari seluruh program kesehatan masyarakat

Bab 6

Tiga Level Pencegahan Pada Berbagai Tatanan

6.1 Pendahuluan

Upaya pencegahan penyakit sudah dilakukan dari zaman prasejarah. Di Cina misalnya, pada tahun 2000 SM sudah dilakukan pencegahan terhadap penyakit variola. Puncak upaya pencegahan penyakit yaitu pada abad ke-18 yang ditandai dengan ditemukannya berbagai jenis vaksin seperti vaksin variola, polio, serta rabies. Pencegahan penyakit ini terus berkembang dan pencegahan tidak cuma diperuntukkan bagi penyakit infeksi saja, namun juga pada penyakit non-infeksi (Budiarto, 2003).

Secara umum pencegahan (prevention) bisa diartikan sebagai tindakan yang diambil sebelum kejadian yang diharapkan akan terjadi, sehingga kejadian tadi tidak terjadi atau bisa dihindari. Pencegahan bisa juga diartikan sebagai tindakan mengawasi atau mengantisipasi sehingga mengakibatkan suatu proses tidak dapat berjalan lebih lanjut. Jadi yang namanya pencegahan membutuhkan aksi antisipatif berdasarkan pada fakta-fakta yang telah diketahui sebelumnya (Irwan, 2020). Pencegahan penyakit dalam arti sempit memiliki arti mencegah perkembangan kondisi patologis, sedangkan dalam arti luas meliputi seluruh langkah definitif terapi bagi mereka yang mencegah

perkembangan penyakit pada tiap tahapnya (Clark DW, 1967). Menurut Noor (2008), pencegahan yaitu tindakan yang diambil terlebih dahulu saat sebelum peristiwa, yang berdasarkan pada data/informasi yang berasal dari hasil analisis epidemiologi ataupun hasil pengamatan/riset epidemiologis.

Pencegahan mengacu pada tujuan terapi yang melestarikan, mempromosikan, serta memulihkan kesehatan saat sakit, serta meminimalisir penderitaan dan kesulitan (Gidey & Sc, 2005). Pencegahan penyakit massal merupakan tindakan yang dilakukan guna melindungi kesehatan masyarakat melalui administrasi intervensi kritis dalam menanggapi kondisi darurat kesehatan untuk menghalangi perkembangan penyakit di antara mereka yang terpapar ataupun berpotensi terpapar ancaman kesehatan masyarakat. Tindakan ini mencakup monitoring efek samping penyediaan sesuai tindak lanjut, dan pesan komunikasi risiko untuk menanggulangi permasalahan kesehatan masyarakat (Definition & Tasks n.d).

Menurut Leinbaum, et, al, (1982), pencegahan penyakit yaitu tindakan yang bertujuan mencegah, mengurangi, menunda, mengeliminasi, membasmi penyakit serta kecacatan, dengan melakukan satu ataupun beberapa intervensi yang sudah terbukti efektif. Jadi, dapat disimpulkan bahwa pencegahan penyakit merupakan tindakan antisipatif yang diambil untuk mencegah, meminimalisir atau menghentikan terjadinya penyakit dan ketidakmampuan.

6.2 Tiga Level Pencegahan

Pencegahan penyakit adalah upaya untuk membatasi berkembangnya penyakit serta kesakitan supaya tidak mencapai level selanjutnya yang lebih buruk. Perkembangan penyakit dikenal dari riwayat alamiah penyakit, yang berarti dengan memahami perjalanan penyakit dari waktu ke waktu dan perubahan yang terjadi di tiap masa/fase tersebut, bisa direncanakan upaya pencegahan yang tepat. Upaya pencegahan yang diambil akan sejalan dengan perkembangan patologis penyakit tersebut dari fase ke fase, sehingga upaya pencegahan tersebut dibagi atas bermacam tingkatan sesuai dengan perjalanan penyakit.

Pada dasarnya terdapat tiga level pencegahan penyakit pada berbagai tatanan yaitu: pencegahan tingkat pertama atau pencegahan primer (primary prevention) yang mencakup promosi kesehatan dan pencegahan khusus,

pencegahan tingkat kedua atau pencegahan sekunder (secondary prevention) yang mencakup diagnosis dini dan pengobatan yang tepat serta pembatasan kecacatan, dan pencegahan tingkat ketiga atau pencegahan tersier (tertiary prevention) yang mencakup rehabilitasi.

6.2.1 Pencegahan Primer

Pencegahan tingkat pertama atau pencegahan primer (primary prevention) adalah upaya pencegahan penyakit melalui upaya mengatasi dan mengendalikan faktor risiko (risk factor) sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel serta induksi penyakit yang bertujuan untuk mencegah ataupun menunda kejadian baru suatu penyakit. Sasaran utama adalah orang yang sehat melalui upaya meningkatkan derajat kesehatan secara umum (promosi kesehatan) dan upaya pencegahan khusus pada penyakit tertentu. Pencegahan tingkat pertama ini berlandaskan pada hubungan interaksi antara pejamu (host), penyebab (agent/pemapar), lingkungan, serta proses terjadinya penyakit.

Pencegahan primer secara garis besar bisa dilakukan melalui dua kelompok kegiatan, yakni :

1. Peningkatan derajat kesehatan (health promotion) atau pencegahan umum yaitu meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga serta masyarakat secara maksimal, mengurangi peranan penyebab serta derajat risiko dan meningkatkan lingkungan yang sehat, melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut :
 - a. Pendidikan kesehatan (health education)
 - b. Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) contohnya : penyuluhan terkait masalah gizi
 - c. Pengamatan tumbuh kembang anak (growth and development monitoring)
 - d. Pengadaan rumah sehat
 - e. Pengendalian lingkungan masyarakat
 - f. Program pemberantasan penyakit tidak menular (P2M)
 - g. Simulasi dini kesehatan keluarga serta asuhan pada anak dan balita, dan penyuluhan terkait pencegahan penyakit.

2. Pencegahan khusus (specific protection) yaitu upaya yang ditujukan utamanya bagi orang-orang yang mempunyai risiko untuk terserang penyakit tertentu. Perlindungan tersebut dimaksudkan supaya kelompok yang berisiko dapat meningkat daya tahan tubuhnya sehingga terlindungi dari serangan penyakit yang mengincarnya. Oleh sebab itu, perlindungan khusus ini juga dikenal sebagai kekebalan buatan.

Perlindungan khusus dapat dilakukan melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut :

- a. Imunisasi pada balita
- b. Personal Hygiene
- c. Proteksi terhadap terjadinya kecelakaan
- d. Proteksi terhadap lingkungan kesehatan kerja
- e. Proteksi terhadap paparan karsinogen, toxic serta alergen (Budiarto, 2003).

Dalam level pencegahan ini, terdapat dua strategi utama, yaitu : (1) strategi yang sasarannya keseluruhan populasi, serta (2) strategi yang sasarannya terbatas untuk kelompok risiko tinggi (high risk groups) di mana masing-masing memiliki kekurangan dan kelebihan. Strategi pertama memiliki sasaran lebih luas maka lebih bersifat radikal, mempunyai potensi yang besar pada populasi serta sangat tepat bagi sasaran perilaku. Tetapi secara individual kurang bermanfaat, serta rasio antara manfaat dan tingkat risiko bisa jadi lebih rendah. Sedangkan pada strategi kedua, cukup mudah diterapkan secara individual, motivasi subjek serta pelaksana lebih tinggi dan rasio antara manfaat dengan tingkat risiko lebih baik. Namun juga mempunyai kelemahan-kelemahan, yaitu sulit untuk memilih kelompok dengan risiko tinggi, efeknya cukup rendah serta hanya bersifat temporer dan kurang tepat untuk sasaran perilaku.

Jika sasaran diperuntukkan bagi faktor penyebab maka upaya diutamakan untuk mengurangi atau mengeliminasi sumber penyebab serta menghindari ataupun mengurangi tiap faktor, utamanya faktor perilaku yang bisa meningkatkan risiko. Bagi penyakit menular dengan sasaran khusus diperuntukkan bagi penyebab kausal misalnya desinfeksi, sterilisasi, pasteurisasi, karantina dan lain sebagainya. Sebaliknya bagi penyakit tidak

menular (non-infeksi) lewat cara melenyapkan sumber keracunan, sumber alergen, serta sumber pencemaran radiasi dan kimiawi.

Jika sasaran diperuntukkan bagi lingkungan maka sasarannya bisa ditujukan kepada lingkungan fisik contohnya pengadaan air serta jamban. Juga sasaran bisa dilakukan pada lingkungan biologis contohnya pemberantasan serangga ataupun ditujukan terhadap lingkungan sosial dengan cara perbaikan serta peningkatan derajat sosial masyarakat. Adapun sasaran pencegahan tingkat pertama ini bisa juga ditujukan bagi faktor pejamu misalnya pemberian imunisasi, perbaikan gizi, peningkatan ketahanan fisik individu, serta peningkatan kehidupan sosial dan psikologis individu dan masyarakat (Noor, 2008). Contoh bentuk pencegahan primer pada berbagai jenis penyakit seperti yang tertera pada Tabel 6.1.

Tabel 6.1: Bentuk pencegahan primer pada penyakit (Irwan, 2020)

Penyakit	Pencegahan Primer
Penyakit yang menular melalui susu	Pasteurisasi susu guna mengeliminasi patogen penyebab penyakit
Penyakit yang menular melalui makanan dan air	Penyediaan makanan dan air yang bebas dari kontaminasi patogen
Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)	Imunisasi
Penyakit dengan abnormalitas genetik	Penelusuran kelainan genetik, contohnya <i>screening</i> dengan tes darah pada neonatus guna mendeteksi feniketonuria (PKU), penyakit metabolisme yang dapat diatasi dengan menghindari gula dan diet
Penyakit yang disebabkan oleh rokok dan tembakau	Intervensi perilaku, menghentikan kebiasaan merokok, penerapan Kawasan tanpa rokok, perketat cukai rokok
Penyakit yang disebabkan oleh lingkungan seperti DBD, malaria, filariasis, dan lain-lain	Menerapkan PHBS melalui 3M-Plus, penyemprotan dan kebersihan lingkungan

6.2.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan tingkat kedua atau pencegahan sekunder (secondary prevention) adalah pencegahan pada masyarakat yang masih atau sedang sakit. Sasaran utama adalah mereka yang baru terkena penyakit ataupun yang terancam akan menderita penyakit tertentu. Tujuan utama pencegahan tingkat kedua ini adalah untuk mencegah meluasnya penyakit/ terjadinya wabah pada penyakit menular, untuk menghentikan proses perkembangan penyakit serta mencegah

komplikasi dan kecacatan. Pada pencegahan sekunder terdapat dua kelompok kegiatan, yakni :

1. Diagnosis dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (Early diagnosis and prompt treatment)

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan : pemeriksaan kasus dini (early case finding), pemeriksaan umum lengkap (general check up), pemeriksaan massal (mass screening), survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (contact survey, school survey, household survey), kasus (case holding), dan pengobatan adekuat (adekuat treatment). Penemuan kasus secara dini dapat dilakukan melalui:

- a. pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu misalnya pegawai negeri, buruh/pekerja perusahaan tertentu, pelajar dan mahasiswa dan kelompok tentara, termasuk juga tes kesehatan terhadap calon mahasiswa, calon pegawai, calon tentara juga bagi siapa saja yang membutuhkan surat keterangan kesehatan untuk tujuan tertentu
- b. penyaringan (screening) yaitu pencarian penderita secara dini bagi penyakit yang secara klinis belum nampak pada penduduk secara umum ataupun pada kelompok risiko tinggi
- c. surveilans epidemiologi yaitu kegiatan pencatatan dan pelaporan yang teratur dan terus-menerus dengan tujuan memperoleh data mengenai proses penyakit yang ada pada masyarakat, termasuk data mengenai kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu.

Disamping itu, pemberian pengobatan secara dini kepada penderita dan pemberian kemoprofilaksis kepada mereka yang sementara dalam proses patogenesis termasuk masyarakat dari kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu (Noor, 2008).

2. Pembatasan kecacatan (Disability limitation)

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan : menyempurnakan dan mengintensifkan pengobatan lanjutan, mencegah komplikasi, memperbaiki fasilitas kesehatan, menurunkan beban sosial penderita, dan lain sebagainya.

Tingkat pencegahan ini menekankan pada usaha penemuan kasus secara dini serta pengobatan yang cepat tepat (early diagnosis and prompt treatment). Pencegahan sekunder ini dimulai pada fase patogenesis (masa inkubasi) yaitu ketika bibit penyakit sudah masuk ke dalam tubuh manusia hingga timbul gejala penyakit maupun gangguan kesehatan. Diagnosis dini serta intervensi yang tepat dengan tujuan menghambat proses perjalanan penyakit (patologik) diharapkan mampu memperpendek waktu sakit seta tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat adalah langkah awal yang sangat penting ketika seseorang telah jatuh sakit. Perlu kita ketahui bahwa faktor kesembuhan seseorang dari penyakit yang dideritanya tidak hanya dipengaruhi dari jenis pengobatan yang diterima serta kemampuan tenaga medis yang menangani. Namun dipengaruhi pula dari kapan pengobatan itu diberikan. Semakin cepat pengobatan diberikan kepada penderita, maka semakin besar pula kemungkinan untuk sembuh. Contoh bentuk pencegahan sekunder terhadap berbagai jenis penyakit seperti yang tertera pada Tabel 6.2.

Tabel 6.2: Bentuk Pencegahan Sekunder Pada Penyakit (Irwan, 2020)

Penyakit	Pencegahan Primer
Penyakit menular seksual	Kultur rutin bakteriologis untuk infeksi asimtomatis pada kelompok risiko tinggi
Sifilis	Tes serologis rutin untuk infeksi pre klinis pada kelompok risiko tinggi
Hipertensi klinis	Skrining tekanan darah tinggi
Kanker leher rahim	Hapusan Pap
Kanker payudara	Skrining dengan mammografi
Kanker kolon	Sigmoidoskopi atau kolonoskopi untuk mendeteksi kanker dini atau lesi pra-kanker
HIV/AIDS	ELISA atau WESTERN Blood rutin untuk kelompok risiko tinggi
Hepatitis B	Immunoglobulin hepatitis B untuk neonatus dari ibu dengan HbsAg positif dan orang-orang yang belum pernah diimunisasi dan terpapar oleh virus hepatitis B.

6.2.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier (tertiary prevention) adalah pencegahan tingkat ketiga dengan sasaran utama yaitu masyarakat yang telah sembuh dari sakit dan menderita kecacatan. Tujuan utamanya adalah agar kelompok masyarakat

yang dalam masa penyembuhan tersebut benar-benar pulih dari sakit sehingga mampu beraktivitas dengan normal kembali.

Upaya pencegahan tersier dimulai pada saat cacat ataupun ketidakmampuan terjadi penyembuhan hingga stabil/ menetap atau tidak dapat diperbaiki (irreversible). Pencegahan tersier dilakukan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit maupun gangguan pada kesehatan. Dalam pencegahan ini dapat dilakukan dengan program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan serta meningkatkan efisiensi hidup penderita.

Menurut Noor (2008), rehabilitasi adalah usaha yang dilakukan guna memulihkan seseorang yang sakit melalui pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin dengan harapan setiap individu bisa menjadi anggota masyarakat yang berdaya guna, produktif, serta memberikan kualitas hidup sebaik mungkin.

Kegiatan rehabilitasi ini meliputi 4 aspek antara lain :

1. Rehabilitasi fisik

Tujuan rehabilitasi fisik adalah agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik secara maksimal. Bentuk rehabilitasi fisik seperti pemasangan protesa, terapi fisik untuk mempertahankan kondisi otot, pergerakan, dan mencegah kontraktur bagi penderita paralise akibat stroke.

2. Rehabilitasi mental

Tujuan rehabilitasi mental adalah agar bekas penderita dapat menyesuaikan dirinya dalam hubungan perorangan maupun sosial secara memuaskan. Tak jarang bersamaan dengan terjadinya cacat fisik disertai juga kelainan-kelainan dan gangguan mental. Untuk itulah bekas penderita harus mendapat bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat, melalui pusat-pusat rehabilitasi seperti pusat rehabilitasi bagi korban narkoba, rehabilitasi korban kekerasan, dan lain sebagainya.

3. Rehabilitasi sosial

Tujuan rehabilitasi sosial adalah agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan di tengah masyarakat dengan kapasitas kerja yang optimal berdasarkan kemampuan atau ketidakmampuannya.

4. Rehabilitasi estetik

Tujuan rehabilitasi estetik adalah upaya rehabilitasi yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, meskipun terkadang fungsi dari alat tubuh itu sendiri tidak bisa lagi dikembalikan contohnya : penggunaan mata palsu.

Perawatan penderita pada stadium terminal (pasien yang tidak mampu diatasi penyakitnya) jarang dikategorikan dalam pencegahan tersier namun bersifat paliatif, prinsip tindakan pencegahan ialah mencegah supaya individu ataupun kelompok masyarakat tidak jatuh sakit, meringankan gejala penyakit atau komplikasi akibat penyakit, serta meningkatkan fungsi tubuh penderita pasca tindakan perawatan. Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan tersier lebih dari upaya untuk menghambat proses penyakitnya sendiri yakni mengembalikan individu pada tingkat yang optimal dari ketidakmampuannya. Jadi pada prinsipnya pencegahan pada fase pathogenesis ini bermaksud untuk memperbaiki keadaan masyarakat yang sudah jatuh pada kondisi sakit ringan, sakit, serta sakit berat agar sebisa mungkin kembali ke tahap sehat yang optimum.

6.3 Strategi Pencegahan

Strategi pencegahan mencakup sasaran dan tindakan pencegahan yang bervariasi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi serta tingkat pencegahannya. Sasaran pencegahan bisa perorangan, keluarga, ataupun kelompok masyarakat. Dalam melakukan upaya pencegahan terhadap sasaran tersebut bisa dilakukan secara tradisional terutama pada tingkat pencegahan dasar atau primer, serta bisa juga dilakukan melalui pusat-pusat pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayah tersebut.

Pendekatan atau strategi pencegahan dibagi menjadi bentuk pendekatan populasi serta pendekatan individual berdasarkan kelompok risiko tinggi. Pendekatan populasi ditekankan pada pencegahan penyakit menurut seberapa banyak masyarakat yang terpapar. Sementara pendekatan risiko tinggi, ditekankan pentingnya pencegahan menurut kelompok yang memiliki berisiko tinggi. Antara kedua pendekatan ini, secara umum masing-masing mempunyai

kekurangan dan kelebihan. Variasi pilihan akan banyak ditentukan dari keadaan tiap-tiap penyakit.

Pelaksanaan upaya pencegahan yang terencana dan terprogram bisa bersifat wajib maupun sukarela, misalnya perbaikan sanitasi lingkungan, pemberian imunisasi dasar, penyediaan air minum, serta peningkatan status gizi masyarakat melalui perbaikan gizi masyarakat termasuk pemberian makanan tambahan, termasuk pula segala upaya untuk mencegah kebiasaan yang mungkin menimbulkan ataupun meningkatkan risiko terhadap berbagai gangguan kesehatan tertentu. Sasaran pencegahan juga mencakup berbagai gangguan kesehatan tertentu. Sasaran pencegahan juga mencakup segala upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan lingkungan hidup, memperbaiki standar hidup misalnya perbaikan sistem pendidikan, perumahan, sistem kehidupan sosial dan peningkatan standar hidup sehat.

Disamping upaya pencegahan yang terencana dan berkesinambungan terdapat pula berbagai upaya pencegahan yang bersifat darurat misalnya upaya pencegahan penyakit akibat bencana alam ataupun akibat perang, upaya pencegahan dan penanggulangan wabah, serta adanya upaya pencegahan tingkat ketiga dalam bentuk rawat darurat dan lain sebagainya.

Dalam menilai derajat kesehatan/situasi morbiditas dan mortalitas dalam program pencegahan, perlu dipertimbangkan beberapa hal lain selain kesehatan misalnya sistem perekonomian termasuk pendapatan per kapita, sistem persediaan makanan, keadaan lapangan kerja serta tingkat pengangguran, keadaan keamanan, adat kebiasaan, sistem kehidupan sosial, kebijakan pemerintah dan lain sebagainya. Keseluruhan hal tersebut bisa berpengaruh terhadap program pencegahan dan strategi pencegahan yang sedang dilakukan tersebut (Noor, 2008).

Upaya pencegahan penyakit non-infeksi ditujukan pada faktor risiko yang telah diidentifikasi. Misalnya pada penyakit stroke, hipertensi dianggap sebagai faktor risiko utama selain faktor risiko yang lain. Untuk itu, usaha pencegahan stroke diarahkan pada tindakan pencegahan serta penurunan hipertensi di antaranya melalui pengaturan pola makan dan diet rendah garam. Di samping itu terdapat pendekatan yang menghubungkan ketiga level pencegahan dengan 4 faktor utama yang berpengaruh terjadinya penyakit yaitu gaya hidup, lingkungan, biologis manusia dan pelayanan kesehatan (Bustan, 2007).

Di bawah ini merupakan salah satu contoh strategi pencegahan penyakit pada berbagai level pencegahan berdasarkan 4 faktor utama yang memengaruhi terjadinya penyakit :

Tabel 6.3: Strategi Pencegahan Stroke Pada Dewasa Muda (Dever, 1984)

Pencegahan	Gaya hidup	Lingkungan	Biologi Manusia	Pelayanan Kesehatan
Primer	• Pengaturan pola makan • Tidak merokok • Reduksi stres • Diet rendah lemak dan garam • Latihan fisik	• Tanpa pencemaran • Kondisi kerja menyenangkan • Penurunan polusi timbal	• Cegah kawin famili • Riwayat keluarga • Profil lemak • Aspirin	• Edukasi kesehatan • Pengobatan alternatif • Pemberdayaan masyarakat
Sekunder	• Manajemen stres • Pengaturan pola makan • Latihan fisik • Berhenti merokok • Vitamin	• Perubahan kerja • Konseling keluarga	• Medikasi • Pengenalan efek samping obat	• Evaluasi penyebab sekunder • Penyuluhan pasien • Sistem rujukan
Tersier	• Manajemen stres • Pengaturan pola makan • Latihan ringan • Berhenti merokok • Penyesuaian kecacatan	• Pengamanan rumah,tempat untuk kursi roda • Dukungan keluarga	• Terapi fisik • Terapi wicara • Kepatuhan terhadap pengobatan	• Pelayanan komplikasi • Pelayanan <i>home care</i>

Bab 7

Strategi Promosi Kesehatan

7.1 Pendahuluan

Strategi promosi kesehatan diperlukan untuk mewujudkan dan mencapai visi dan misi promosi kesehatan yang dilakukan dengan pendekatan dan cara yang strategis. Tujuan dari promosi kesehatan yaitu, membuat individu, keluarga, kelompok dan bahkan masyarakat dapat memiliki kemampuan untuk hidup sehat dengan cara mengupayakan kesehatannya yang bersumber dari masyarakat, serta mengusahakan terwujudnya lingkungan yang dapat memfasilitasi agar terwujudnya kemampuan hidup sehat (Notoatmodjo, 2012). Pada konsepnya, promosi kesehatan tidak hanya mengubah perilaku, tetapi juga mengubah lingkungan yang berguna sebagai fasilitas untuk mengubah perilaku tersebut (Nurmala, 2018). Dalam Undang-Undang Kesehatan RI tahun 2009, terdapat visi pembangunan kesehatan Indonesia yang berkaitan dengan visi promosi kesehatan, yaitu Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”

Berdasarkan visi pembangunan kesehatan tersebut, maka promosi kesehatan harus dapat mewujudkannya dengan menjalankan visinya yang sejalan dengan visi pembangunan kesehatan. Oleh karena itu untuk dapat menjalankan visi promosi kesehatan, diperlukan strategi promosi kesehatan, sehingga dapat

mencapai tujuan sesuai dengan visi dan misi promosi kesehatan. Strategi dalam promosi kesehatan, berupa penunjang dari program kesehatan lainnya, seperti kesehatan lingkungan, status gizi, pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, kesehatan ibu dan anak, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

7.2 Strategi Promosi Kesehatan Menurut WHO

Strategi promosi kesehatan yang ditetapkan WHO pada tahun 1994 dalam Nurmala, terdiri dari tiga, yaitu, advokasi, dukungan sosial, dan pemberdayaan masyarakat (Nurmala, 2018)

7.2.1 Advokasi (Advocacy)

Advokasi merupakan suatu upaya yang dilakukan agar mendapatkan dukungan orang lain dengan cara meyakinkan orang tersebut sehingga dapat mendukung tujuan yang akan kita capai. Dalam promosi kesehatan yaitu melakukan advokasi kepada para pemegang peraturan dan kebijakan untuk dapat mendukung program kesehatan yang dapat dilakukan dalam bentuk formal dan informal (Nurmala, 2018). Advokasi dalam bentuk formal yaitu melakukan presentasi mengenai program kesehatan kepada pejabat terkait atau para pembuat kebijakan, sedangkan advokasi informal dalam bentuk mengunjungi para pembuat kebijakan dengan menyampaikan usulan program kesehatan dan meminta dukungan baik dana maupun fasilitas.

Strategi advokasi bertujuan membuat segala bidang mendukung dan menguntungkan untuk kesehatan baik itu politik, ekonomi, sosial, budaya, dan lingkungan sekitar dengan sasaran para pengambil keputusan dari berbagai sektor tersebut dengan tujuan meyakinkan mereka bahwa program kesehatan yang dilakukan sangat penting (Susilowati, 2016). Sasarannya merupakan sasaran tersier yaitu, para pembuat kebijakan dan dihormati. Hasil yang diharapkan dalam advokasi ini, yaitu berupa adanya kebijakan dan peraturan yang mendukung masyarakat untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat serta meningkatkan kesehatan, baik itu melalui dana atau sumber daya lainnya dengan melakukan pendekatan perorangan seperti, lobi, dialog, negosiasi, debat, petisi, mobilisasi, seminar dan lainnya (Makhfudli & Efendi, 2009)

Sasaran tersier yang dapat mendukung strategi ini dalam berbagai tatanan, seperti, dalam tatanan rumah tangga, melalui strategi advokat untuk dapat melakukan promosi kesehatan, maka sasaran tersiernya yaitu, ketua TR atau RW dan kepala desa. Jika dalam tatanan institusi pendidikan, maka sasaran tersier yaitu kepala sekolah dan pemilik sekolah. Dalam tatanan tempat kerja, sasarannya adalah direktur atau pemilik perusahaan. Kemudian jika di tempat umum, maka sasaran tersier adalah kepala daerah atau direksi (Maulana, 2009).

Menurut Permenkes No. 74 Tahun 2015, mengenai upaya peningkatan dan pencegahan penyakit, advokasi dilakukan kepada para penentu kebijakan dan pemangku kepentingan guna mendapatkan dukungan dalam bentuk kebijakan dan sumber daya yang diperlukan. Hasil advokasi berdasarkan permenkes ini dapat diinformasikan dan dijadikan bahan advokasi ke jenjang pemerintahan yang lain secara timbal balik. Dalam pelaksanaan strategi advokasi agar dapat berjalan dengan baik, prinsip dasar yang dilakukan yaitu melakukan lobi politik, kegiatan persuasif, memberikan semangat serta memberikan tekanan kepada pejabat pengambil keputusan atau pejabat institusi (Susilowati, 2016).

Tujuan advokasi secara umum, yaitu memengaruhi para pengambil keputusan dalam menetapkan kebijakan yang berhubungan dengan masyarakat. Namun beberapa tujuan yang lebih spesifik lainnya yang dicapai melalui advokasi sebagai strategi promosi kesehatan (Susilowati, 2016), yaitu;

1. Komitmen politik

Komitmen politik merupakan komitmen para pejabat pembuat keputusan untuk dapat tetap membuat keputusan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan masyarakat, seperti kebijakan pada anggaran kesehatan, dan lainnya. Oleh karena itu sangat penting adanya advokasi yang baik dilakukan.

2. Mendapatkan dukungan kebijakan

Setelah mendapatkan komitmen politik dari pembuat kebijakan, secara advokat dapat ditinjau lagi mengenai kebijakan yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan yang sudah berkomitmen tersebut, dengan melakukan tindak lanjut kebijakan yang mendukung program kesehatan.

3. Mendapatkan penerimaan sosial

Setelah melakukan tindak lanjut pada program yang didukung dengan kebijakan dari pemerintah tersebut, maka program tersebut kemudian disosialisasikan kepada masyarakat, agar mendapat dukungan dari masyarakat. Dengan adanya dukungan dari masyarakat, maka program tersebut dapat berjalan dengan baik.

4. Mendapatkan dukungan sistem

Setelah mendapat dukungan dari masyarakat, maka perlu adanya sistem atau prosedur kerja sebagai panduan untuk melaksanakan program tersebut, sehingga program tersebut dapat berjalan dengan baik.

7.2.2 Dukungan Sosial (Social Support)

Strategi ini merupakan bentuk untuk menciptakan suasana yang mendapatkan dukungan yang menunjang peningkatan kesehatan sehingga masyarakat terdorong untuk mengikuti program kesehatan yang ditetapkan (Maulana, 2009). Misalnya, untuk mendukung program pola hidup bersih sehat, maka perlu dukungan beberapa bidang untuk menciptakan suasana lingkungan yang kondusif yang mendukung pola hidup bersih dan sehat, baik itu lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik (Makhfudli & Efendi, 2009).

Fungsi strategi ini juga menjadi jembatan antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra dengan pemerintah dan lembaga non pemerintah sehingga terjadi koordinasi kesehatan. Sasarannya merupakan sasaran sekunder (Susilowati, 2016). Sasaran sekunder dalam berbagai tatanan, seperti tatanan rumah tangga, sasaran sekundernya yaitu, kepala keluarga, orangtua, dan kader. Dalam tatanan institusi pendidikan, sasaran sekundernya adalah guru, karyawan, dan organisasi dalam institusi pendidikan tersebut. Kemudian dalam tatanan tempat kerja, sasaran sekunder yaitu karyawan dan manajer. Pada tempat umum, sasaran sekunder merupakan petugas tempat umum (Maulana, 2009).

Strategi ini dimaksudkan agar promosi kesehatan dapat berjalan dengan mudah jika adanya dukungan dari lapisan masyarakat, baik itu formal (petugas kesehatan dan pejabat pemerintah), serta laporan informal (tokoh masyarakat, agama, dan adat) (Nurmala, 2018). Tokoh masyarakat menjadi perantara antara pelaksana program kesehatan dan penerima program

kesehatan. Dengan adanya dukungan dari sasaran sekunder ini, maka pelaksanaan program kesehatan akan dapat berjalan dengan mudah. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan untuk mewujudkan strategi ini, dengan melakukan pelatihan untuk tokoh masyarakat, seminar, lokakarya serta bimbingan kepada masyarakat (Nurmala, 2018).

Berdasarkan Permenkes No. 74 Tahun 2015, mengenai upaya peningkatan dan pencegahan penyakit, dukungan sosial juga berarti melakukan kemitraan yang dapat mendukung pelaksanaan advokasi dan pemberdayaan dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta kemitraan dilaksanakan dengan prinsip kesamaan kepentingan, kejelasan tujuan, kesetaraan kedudukan, dan transparansi di bidang kesehatan.

Tujuan dari strategi ini yaitu, membuat para tokoh masyarakat menjadi jembatan atau media antara penyedia layanan kesehatan (pembuat program) dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan, oleh karena itu perlu adanya dukungan sosial dari para tokoh masyarakat dalam melakukan sosialisasi program kesehatan sehingga tercipta suasana yang kondusif untuk peningkatan kesehatan (Susilowati, 2016).

Pendekatan yang dilakukan dapat berupa pendekatan individu kepada tokoh masyarakat, pendekatan kelompok, dan pendekatan masyarakat (Susilowati, 2016). Pendekatan kelompok ini ditujukan kepada pendekatan kelompok yang ada di masyarakat seperti pengurus RT, organisasi wanita atau pemuda yang nantinya kelompok ini menjadi kelompok yang peduli terhadap perilaku kesehatan sehingga bersedia melakukan praktik perilaku kesehatan, melakukan advokasi kepada pihak terkait untuk mengontrol perilaku kesehatan individu dalam kelompoknya. Pendekatan kepada masyarakat dapat menggunakan media sarana komunikasi yang ada atau media sosial, seperti TV, majalah, koran, radio dan situs internet yang membawa dampak pengaruh yang besar kepada perilaku masyarakat mengenai kesehatan.

7.2.3 Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya untuk membuat individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat menjadi mandiri dalam hal kemauan, kesadaran, dan kemampuan dalam meningkatkan derajat kesehatan, serta membuat masyarakat lebih aktif dalam hal kesehatan (Maulana, 2009). Pemberdayaan masyarakat merupakan gerakan yang dilakukan oleh masyarakat, dari masyarakat, dan untuk masyarakat dalam hal mengenali dan

memelihara status kesehatannya sendiri serta orang di sekitarnya dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan keterampilan masyarakat tersebut untuk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat agar meningkatkan status kesehatannya (Makhfudli & Efendi, 2009).

Salah satu misi utama dari promosi kesehatan adalah memampukan masyarakat untuk dapat mandiri dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan dengan cara menggali potensi yang ada, memberikan pelatihan, memberikan informasi serta lingkungan yang mendukung dengan melakukan pemberdayaan masyarakat (Susilowati, 2016). Sasaran dari strategi ini adalah sasaran primer. Sasaran primer dalam tatanan rumah tangga yaitu, anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Dalam tatanan institusi pendidikan, sasaran primer yaitu siswa atau mahasiswa. Dalam tatanan tempat kerja, sasaran primer yaitu karyawan atau serikat kerja. Pada tempat umum, sasaran primer merupakan pengguna atau pemakai jasa (Maulana, 2009).

Pada strategi pemberdayaan ini, promosi kesehatan ditujukan kepada masyarakat langsung yang bertujuan menciptakan masyarakat yang memiliki kemampuan memelihara dan meningkatkan kesehatan sendiri dengan adanya kegiatan pemberdayaan berupa gerakan masyarakat untuk kesehatan seperti penyuluhan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi dan pelatihan yang dapat meningkatkan pendapatan untuk mendukung meningkatnya kesehatan (Nurmala, 2018).

Berdasarkan Permenkes No. 74 Tahun 2015, mengenai upaya peningkatan dan pencegahan penyakit, strategi promosi kesehatan tentang pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk mampu menciptakan kesadaran, kemauan, serta kemampuan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dalam rangka meningkatkan kepedulian dan peran aktif di berbagai upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilaksanakan dengan cara memfasilitasi proses pemecahan masalah dengan pendekatan edukatif dan partisipatif dan juga memperhatikan kebutuhan, potensi, dan sosial budaya setempat.

Tujuan dari pemberdayaan masyarakat yaitu ;

1. Menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat.

2. Menimbulkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan sesuatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka
3. Menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat.

7.3 Strategi Promosi Kesehatan Menurut Piagam Ottawa

Dalam Piagam Ottawa juga dirumuskan strategi promosi kesehatan, yang menyebutkan upaya peningkatan status kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan kegiatan kebijakan berwawasan kesehatan, lingkungan yang mendukung, reorientasi pelayanan kesehatan, keterampilan individu, dan gerakan masyarakat. Kelima strategi ini memiliki tujuan untuk menyeimbangkan penerapan promosi kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Tiraihati, 2017)

7.3.1 Kebijakan Berwawasan Kesehatan

Strategi ini mengacu kepada kegiatan, yang mana kegiatan tersebut ditujukan kepada pembuat kebijakan atau penentu keputusan yang berguna untuk mencapai suatu tujuan dengan cara mengembangkan keputusan yang ditentukan (Tiraihati, 2017). Tujuan dari sasaran strategi ini agar para pembuat kebijakan mengeluarkan kebijakan yang mendukung kesehatan, sehingga memberi keuntungan dalam bidang kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan (Nurmala, 2018). Selain itu keputusan dan kebijakan yang dikeluarkan para pejabat tersebut harus memperhatikan dampak terhadap lingkungan apakah keputusannya mendukung terhadap kesehatan atau tidak. Strategi kebijakan berwawasan kesehatan memiliki arti bahwa para pembuat kebijakan harus mengupayakan setiap kebijakan yang ditetapkan pada setiap administrasi memiliki kaitan dengan dampak kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya dalam aktif terlibat di pembangunan nasional (Siregar, et al., 2020)

Strategi ini sama dengan strategi promkes yang disesuaikan dengan Permenkes no. 74 tahun 2015, yaitu berupa advokat, yang merangkul para pejabat yang

berperan dalam pengambilan keputusan. Keputusan dan kebijakan yang ditetapkan, diharapkan memiliki kaitan dengan kesehatan, sehingga para pelaksana kebijakan tersebut dapat mengikutinya. Hal ini lah yang dapat mendukung promosi kesehatan terlaksana.

7.3.2 Lingkungan yang Mendukung

Lingkungan yang mendukung merupakan lingkungan yang kondusif dan nyaman yang menjadi salah satu aspek yang mendukung promosi kesehatan. Oleh sebab itu, strategi ini ditujukan kepada pemerintah kota atau orang yang menyediakan fasilitas umum atau yang mengelola fasilitas umum tersebut agar mendukung terciptanya perilaku sehat di masyarakat (Tiraihati, 2017). Lingkungan umum yang disediakan pemerintah kota haruslah menyediakan fasilitas serta sarana dan prasarana yang mendukung masyarakat untuk melakukan perilaku kesehatan, seperti adanya tempat sampah di fasilitas umum, tersedianya ruangan khusus untuk merokok (Nurmala, 2018). Hal ini juga berlaku pada setiap sektor pemerintahan untuk melakukan kebijakan yang sudah ditetapkan, yaitu melakukan kebijakan terkait kesehatan sesuai dengan program kerjanya agar dapat mewujudkan lingkungan yang sehat baik itu lingkungan politik, pendidikan, keamanan, budaya, dan sebagainya (Siregar, et al., 2020).

Strategi ini sesuai dengan Permenkes No.74 tahun 2015 yang mengatur strategi promkes di dalamnya, yaitu dukungan sosial atau bina suasana yang berupaya melibatkan penyedia sarana atau pemerintah terkait untuk menciptakan suasana yang mendukung terhadap program kesehatan yang dicanangkan.

7.3.3 Reorientasi Pelayanan Kesehatan

Strategi ini berkaitan dengan adanya kegiatan yang melibatkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatannya sendiri, sehingga upaya promosi kesehatan akan berjalan dengan baik. Upaya ini akan berjalan dengan baik, jika penyedia pelayanan kesehatan dan yang membutuhkan pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab dan menjalankan masing-masing tugas sesuai dengan tugas dan hak kesehatan (Tiraihati, 2017).

Masyarakat bukan hanya sebagai pengguna pelayanan kesehatan, namun juga menjadi penyelenggara. Oleh karena itu pemerintah yang menyediakan pelayanan kesehatan, harus melibatkan masyarakat agar dapat menjalankan

peran juga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga promosi kesehatan dapat berjalan dengan baik dan tepat sasaran (Nurmala, 2018). Reorientasi pelayanan kesehatan juga mengandung arti mengubah pola pikir dalam sistem pelayanan kesehatan yaitu mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif tetapi didukung oleh pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, sehingga promosi kesehatan dapat berjalan berdampingan dengan pelayanan medis teknis dan menjadi satu kesatuan yang meningkatkan kesehatan (Siregar, et al., 2020).

7.3.4 Keterampilan Individu

Strategi ini mendukung masyarakat dalam upaya memelihara, meningkatkan dan mewujudkan kesehatan yang optimal dengan cara mengupayakan masyarakat untuk tahu, mau dan mampu membuat keputusan yang efektif terkait dengan status kesehatannya. Salah satu cara mengerjakannya adalah dengan melakukan pendidikan kesehatan, pemberian informasi, dan melakukan pelatihan yang memadai kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan keterampilan individu dalam kesehatan (Siregar, et al., 2020).

Keterampilan individu ini berupa kemampuan masyarakat mengenal kesehatannya, mengenal gejala awal penyakit, penyebab suatu penyakit, pengobatan dan perawatan kesehatan. Semakin terampil individu terhadap kesehatan masing-masing individu itu sendiri, maka semakin terwujudlah keadaan masyarakat yang sehat (Tiraihati, 2017). Jadi strategi ini memiliki sasaran individu untuk menciptakan masyarakat yang sehat.

7.3.5 Gerakan Masyarakat

Status kesehatan masyarakat yang baik dapat diwujudkan dengan adanya kegiatan-kegiatan kesehatan yang ada di masyarakat yang dipicu dan didorong oleh promosi kesehatan. Kegiatan masyarakat dalam bidang kesehatan ini bertujuan untuk membentuk perilaku masyarakat yang tahu, mau, dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka (Nurmala, 2018). Strategi ini memberdayakan masyarakat tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan, tetapi juga meningkatkan pengetahuan dengan melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan serta melakukan pelatihan untuk memperkuat sumber daya masyarakat dalam hal meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk dapat melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (Tiraihati, 2017).

Strategi ini juga dapat memberi dukungan dalam setiap kegiatan yang melibatkan masyarakat sehingga masyarakat menjadi tahu, mau, dan mampu mengendalikan faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat itu sendiri (Siregar, et al., 2020). Gerakan masyarakat dapat disamakan dengan strategi promosi kesehatan menurut WHO, yaitu pemberdayaan masyarakat, di mana sama-sama melibatkan masyarakat dalam setiap kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, sehingga masyarakat ikut terlibat aktif dalam meningkatkan status kesehatannya dengan adanya pelatihan, pendidikan kesehatan, pelatihan keterampilan dan sebagainya.

7.4 Strategi Promosi Kesehatan Berdasarkan Aktivitas

Strategi promosi kesehatan dilihat dari aktivitas-aktivitas yang bersifat aktif dan pasif. Strategi promosi kesehatan pasif, yaitu, individu mendapatkan keuntungan peningkatan derajat kesehatan tanpa terlibat langsung dari kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan oleh pihak lain, contohnya adanya kegiatan air minum rakyat. Kemudian strategi promosi kesehatan aktif, berupa individu mengikuti langsung kegiatan kesehatan yang spesifik dan ikut secara aktif terlibat dalam program tersebut untuk meningkatkan derajat kesehatan, seperti program penurunan berat badan, atau program berhenti merokok (Potter & Perry, 2017).

Membantu masyarakat untuk mencapai kesehatan yang optimal baik itu dari kesejahteraan fisik, mental dan sosial dapat diwujudkan melalui promosi kesehatan. Untuk mendapatkan hal itu, individu perlu bertanggung jawab dalam hal memilih gaya hidup yang dapat memengaruhi kualitas dan kesejahteraan hidup. Pencegahan penyakit dapat dilakukan dengan memilih gaya hidup yang positif, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Potter & Perry, 2017).

Bab 8

Pendidikan Kesehatan

8.1 Pendahuluan

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan mempunyai peran yang penting dalam mewujudkan manusia yang sehat. Kesehatan merupakan dambaan setiap manusia. Manusia yang sehat dapat melakukan aktivitasnya dengan optimal. Pendidikan kesehatan dapat diberikan melalui pendidikan formal maupun non formal. Di lingkungan sekolah pendidikan kesehatan dapat dimasukkan dalam mata pelajaran pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan atau mata pelajaran lainnya yang relevan. Selain itu, dapat dilakukannya melalui program usaha kesehatan sekolah. Pendidikan kesehatan penting untuk menunjang program - program kesehatan yang lain.

Istilah pendidikan kesehatan telah dirumuskan oleh para ahli pendidikan kesehatan dalam berbagai pengertian, tergantung pada sudut pandang masing-masing. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari keseluruhan upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang menitikberatkan pada upaya untuk meningkatkan perilaku hidup sehat. Secara konsep pendidikan kesehatan merupakan upaya memengaruhi/mengajak orang lain (individu, kelompok, dan masyarakat) agar berperilaku hidup sehat. Secara

operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan/meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmojo, 2003).

Pendidikan kesehatan identik dengan penyuluhan kesehatan karena kedua nya berorientasi pada perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu Perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan, yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengikat diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek kesehatan saja tetapi juga meningkatkan dan memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun Non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007).

8.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, di mana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok, atau masyarakat itu sendiri (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Sedangkan Menurut Kriswanto (2012) “Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri maupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengikat diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran”. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku hidup sehat yang didasari atas kesadaran diri baik itu di dalam individu, kelompok maupun masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

8.2.1 Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003b) ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain: dimensi aspek kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1. Aspek Kesehatan Telah kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok yaitu:
 - a. Promosi (promotif)
 - b. Pencegahan (preventif)
 - c. Penyembuhan (kuratif)
 - d. Pemulihan (rehabilitatif)
2. Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Menurut dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi lima yaitu:
 - a. Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)
 - b. Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat - tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
 - d. Pendidikan kesehatan di tempat - tempat umum, yang mencakup terminal bus, stasiun, bandar udara, tempat-tempat olahraga, dan sebagainya.
 - e. Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, seperti: rumah sakit, Puskesmas, Poliklinik rumah bersalin, dan sebagainya.
3. Tingkat Pelayanan Kesehatan Dimensi tingkat pelayanan kesehatan pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan
4. Tingkat pencegahan dari *leavel and clark*, sebagai berikut;
 - a. Promosi kesehatan seperti peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan perbaikan sanitasi lingkungan.
 - b. Perlindungan khusus seperti adanya program imunisasi.
 - c. Diagnosis dini dan pengobatan segera.

- d. Pembatasan Cacat yaitu seperti kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit seringkali mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, sedang pengobatan yang tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat.
- e. Rehabilitasi (pemulihan).

8.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan Pendidikan Kesehatan merupakan domain yang akan dituju dari pendidikan kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan.

Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain:

1. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
3. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan. (Effendi, 2009).

8.4 Prinsip Pendidikan Kesehatan

Prinsip pendidikan kesehatan yaitu (Denman, Moon and Parsons, 2002):

1. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dapat memengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan,
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri,
3. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri, dan
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan

8.5 Sub Bidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup atau bidang garapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Ilmu - ilmu yang dicakup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi dua bidang yaitu:

1. Ilmu Perilaku, yakni ilmu - ilmu yang dasar dalam membentuk perilaku manusia, terutama psikologi, antropologi, dan sosiologi.
2. Ilmu-ilmu yang diperlukan untuk intervensi perilaku (pembentukan dan perubahan perilaku), antara lain pendidikan komunikasi, manajemen, kepemimpinan, dan sebagainya.

Pendidikan kesehatan sebagai usaha intervensi perilaku diarahkan pada 3 faktor pokok, yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Dari perbedaan strategi dan pendekatan tersebut berakibat dikembangkannya mata ajaran atau sub disiplin ilmu sebagai bahan dari pendidikan kesehatan. Mata ajaran tersebut: Komunikasi, Dinamika kelompok, Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat, Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD), Pemasaran sosial, Pengembangan organisasi, Pendidikan dan pelatihan, Pengembangan media, Perencanaan dan evaluasi pendidikan kesehatan, Antropologi kesehatan, Sosiologi kesehatan dan Psikologi kesehatan.

8.6 Alat Bantu Dan Media Pendidikan Kesehatan

Alat Bantu (Peraga)

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/ pengajaran. Media pendidikan kesehatan merupakan alat-alat untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan kesehatan bagi masyarakat. Beberapa contoh alat peraga sederhana yang dapat dipergunakan di berbagai tempat! misalnya: seperti leaflet, poster, model buku bergambar, benda - benda yang nyata seperti buah - buahan, sayur - sayuran, model dan sebagainya. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok di tempat - tempat umum, atau kendaraan umum.

Model adalah benda tiruan dalam wujud tiga dimensi yang merupakan representasi atau pengganti dari benda yang sesungguhnya. Penggunaan model untuk mengatasi kendala tertentu sebagai pengganti realita. Gunanya untuk memperjelas dalam pemberian materi kepada siswa. Model bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan. Hal ini dikarenakan menggunakan benda asli tidak memungkinkan, misal ukuran benda asli yang terlalu besar dan terlalu berat. Model kerja dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik dan lain – lain (Notoatmodjo, 2003a).

1. Faedah Alat Bantu Pendidikan
 - a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan
 - b. Mencapai sasaran yang lebih banyak
 - c. Membantu mengatasi hambatan bahasa, dll.
2. Macam-macam Alat Bantu Pendidikan
 - a. Media auditif, yaitu media yang hanya dapat didengar saja atau media yang hanya memiliki unsur suara, seperti radio dan rekaman suara.
 - b. Media visual, yaitu media yang hanya dapat dilihat saja, tidak mengandung unsur suara, seperti film slide, foto, transparansi, lukisan, gambar, dan berbagai bentuk bahan yang dicetak seperti media grafis.
 - c. Media audio visual, yaitu jenis media yang selain mengandung unsur suara juga mengandung unsur gambar yang bisa dilihat, misalnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara. Kemampuan media ini dianggap lebih baik dan lebih menarik.
 - d. Media atau alat bantu berdasarkan pembuatannya
 - Alat bantu elektronik yang rumit, contohnya: film, film slide, transparansi. Jenis media ini memerlukan alat proyeksi khusus seperti film projector, slide projector, overhead projector (OHP).
 - Alat bantu sederhana, contohnya: leaflet, model buku bergambar, benda-benda nyata (sayuran, buah-buahan), papan tulis, film cart, poster, boneka, phantom, spanduk. Ciri-ciri alat bantu sederhana adalah mudah dibuat, mudah memperoleh bahan-bahan, ditulis atau digambar dengan sederhana, memenuhi kebutuhan pengajar, mudah dimengerti serta tidak menimbulkan salah persepsi. (Suliha, Herawani and Resnayati, 2002) (Sanjaya, 2006)
3. Ciri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana:
 - a. Mudah dibuat
 - b. Bahan-bahan dapat diperoleh dari bahan-bahan lokal
 - c. Ditulis/digambar dengan sederhana, dll.

4. Sasaran yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga tersebut.

Tempat memasang alat peraga:

- a. Di dalam keluarga
- b. Di masyarakat
- c. Di instansi - instansi.

Alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:

- a. Petugas - petugas puskesmas
- b. Kader kesehatan
- c. Guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya
- d. Pamong desa.

5. Merencanakan dan Menggunakan Alat Peraga

Biasanya kita menggunakan alat peraga sebagai pengganti objek-objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang tidak langsung bagi sasaran.

Tujuan yang hendak dicapai:

- a. Tujuan pendidikan
- b. Tujuan penggunaan alat peraga

6. Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi mengajar dengan sendirinya.

Cara menggunakan alat peraga:

Cara menggunakan alat peraga sangat tergantung pada alatnya. Dan yang lebih penting bagi alat yang digunakan harus menarik, sehingga menimbulkan minat para pesertanya (Aep Nurul Hidayah, 2015).

8.7 Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dan berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Dari berbagai media atau alat bantu pendidikan, leaflet merupakan media yang paling banyak dan sering digunakan oleh petugas kesehatan untuk menyampaikan informasi saat pendidikan kesehatan. karena leaflet berbentuk lembaran yang dilipat dan mudah dibawa ke mana saja sehingga jika seseorang lupa apa yang sudah disampaikan maka bisa membacanya di leaflet (Notoatmodjo, 2010).

Media cetak

1. Booklet: digunakan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
2. Leaflet: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan ataupun keduanya.
3. Flyer (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
4. Flip chart (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
5. Rubrik/tulisan - tulisan: pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6. Poster: merupakan suatu bentuk media cetak berisi pesan - pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok - tembok, di tempat - tempat umum, atau di kendaraan umum.
7. Foto: digunakan untuk mengungkapkan informasi - informasi kesehatan.

Media elektronik

1. Televisi: dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, quiz, atau cerdas cermat.
2. Radio: bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, ceramah.

3. Video Compact Disc (VCD)
4. Slide: digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
5. Film strip: digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

Media papan (Billboard) Papan/billboard yang dipasang di tempat - tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan - pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi) (Nursalam and Efendi, 2008).

8.8 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan yaitu: individu, kelompok atau keluarga, dan masyarakat.

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009) macam-macam metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan berupa:

1. Metode pendidikan individual
Metode pendidikan individual pada pendidikan kesehatan digunakan untuk membina perilaku baru serta membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode pendidikan individual yang biasa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi, serta wawancara.
2. Metode pendidikan kelompok
Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok yang kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran Pendidikan.
3. Metode pendidikan massa
Metode pendidikan masa digunakan pada sasaran yang bersifat massal yang bersifat umum dan tidak membedakan sasaran dari

umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan massa tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perubahan perilaku, namun mungkin hanya mungkin sampai tahap sadar (awareness). Beberapa bentuk metode pendidikan massa adalah ceramah umum, pidato, simulasi, artikel di majalah, film cerita dan papan reklame.

Bab 9

Metode Dalam Promosi Kesehatan

9.1 Pendahuluan

Menurut pemahamannya Metode adalah suatu rangkaian cara yang di gunakan dalam melakukan satu pekerjaan guna mencapai tujuan sebagaimana yang telah di rencanakan sejak awal (KBBI, 2020). Dalam pelaksanaanya Promosi Kesehatan sendiri berkaitan erat dengan strategi ataupun metode dalam pelakasanaanya guna mencapai tujuan Promosi Kesahatan sebagaimana yang telah di rencanakan dan yang di kehendaki dalam berbagai situasi ataupun kondisi yang dihadapi.

Menurut *World Health Organization* (WHO) Promosi Kesehatan (PROMKES) adalah suatu proses yang mempunyai tujuan untuk memberdayakan satu individu atau kelompok dalam meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kesehatannya sendiri dan meningkatkan status kesehatan berdasarkan filsafat atau pemahaman yang jelas tentang arti dan penerapan pemberdayaan diri (self empowerment) dalam kehidupan. Sejak Lahirnya promosi kesehatan pada tahun 1980-an, PROMKES telah bertumbuh dan berkembang sehingga memiliki peranan yang cukup besar dalam memengaruhi perubahan status kesehatan satu individu yang dapat dimulai

dari pembentukan dan perubahan pola perilaku yang berdampak pada satu peningkatan dalam kualitas hidup baik terhadap satu individu maupun kelompok masyarakat luas (World Health Organization, 2017).

Ada berbagai macam atau bentuk metode dalam menyampaikan atau mendistribusikan informasi pada pelaksanaan promosi kesehatan. Pemilihan strategi pendekatan melalui metode yang tepat dalam pelaksanaan promosi kesehatan haruslah direncanakan dan di pertimbangkan dengan cermat, serta memperhatikan beberapa hal yang berkaitan di dalamnya termasuk dalam pemilihan materi atau informasi yang akan disampaikan, lingkungan, kondisi/keadaan, sasaran/penerima informasi (latar belakang budaya, sosial ekonomi, dsb), dan hal-hal lainnya yang terhubung dengan kebutuhan dan kepentingan dari lingkungan baik itu komunikasi, tempat (ruang) dan waktu. Setiap metode mempunyai keunggulan dan kelemahannya yang berbeda, sehingga dalam penggunaannya menggabungkan beberapa metode menjadi satu kesatuan strategi dalam pelaksanaan promosi kesehatan sering terjadi untuk mencapai hasil yang maksimal.

9.2 Pengertian Metode Dalam Promosi Kesehatan

Menurut asal usulnya arti kata Metode atau dikenal dengan kata metodik yang berasal dari bahasa Grika dengan dua unsur suku kata yaitu Metha dan Hodos, di mana Metha memiliki arti melalui atau melewati, dan Hodos berarti Jalan atau Cara, sehingga dapat disimpulkan arti dari pada kata Metode dapat memberikan makna sebagai "Jalan atau cara yang harus dilalui untuk mencapai tujuan tertentu. "

Menurut Syaiful Bahri (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016), Dalam proses belajar mengajar seorang pendidik atau pengajar dalam memberikan topik pengajaran tidaklah harus selalu berada pada titik yang sama dalam menggunakan satu ataupun berbagai rancangan metode (variasi metode) sehingga proses belajar mengajar yang akan dilakukan tidak membosankan, tetapi pengajar tersebut harus memikirkan suatu cara agar bagaimana proses belajar mengajar yang akan dilakukan dapat memikat peserta didik/sasaran dari kegiatan tersebut berdasarkan kebutuhan dari peserta didiknya.

Menurut teori yang dikemukakan oleh badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDMK) (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016). Sehubungan dengan pemilihan metode yang tepat dalam menjalankan promosi kesehatan maka seorang pendidik/promotor perlu memperhatikan beberapa hal yang menjadi faktor dalam penggunaan metode ataupun strategi dalam melaksanakan promosi kesehatan terhadap individu maupun kelompok masyarakat, di antaranya yaitu:

1. Metode dan tujuan pendidikan
2. Metode dan bahan pengajaran
3. Metode dan tangga-tangga belajar
4. Metode dan tingkat perkembangan
5. Metode dan keadaan perseorangan
6. Dasar tertinggi dari metode

9.2.1 Faktor – Faktor yang Memengaruhi Metode dalam Promosi Kesehatan

Prof. Dr. Winarno S (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016) mengemukakan 5 hal lain yang juga dapat menjadi faktor yang memengaruhi pemilihan akan metode yang tepat dalam penggunaannya di dalam kegiatan belajar-mengajar dalam penyuluhan Promosi Kesehatan, di mana dapat dilihat dalam beberapa hal berikut:

1. Tujuan (dalam berbagai aspek) dan Fungsinya
2. Peserta Didik (tingkat kesiapan/kematangan)
3. Situasi (dalam berbagai kondisi atau keadaan)
4. Fasilitas (dalam berbagai ragam bentuk dan kualitasnya)
5. Latar Belakang dan Karakteristik Pendidik/Promotor (Kemampuan Profesionalnya)

Sukistinah (2014) dalam sudut pandangnya sehubungan dengan penggunaan metode dalam melaksanakan Promosi Kesehatan, ada 4 faktor yang memengaruhi dalam pelaksanaannya yang juga merupakan bagian dari metode yang harus diperhatikan agar tujuan Promosi Kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat tercapai.

Berikut 4 faktor yang dimaksud di bawah ini:

1. Fasilitasi, yaitu bila tujuan promosi kesehatan pada satu kelompok masyarakat adalah perilaku yang baru dalam hal merubah pola hidup bersih dengan menggunakan air bersih untuk segala kebutuhan dasarnya (Mandi, Cuci dan Kakus (MCK), maka fasilitas yang harus dipenuhi adalah ketersediaan sumber air bersih yang lebih mudah dijangkau baik dalam jarak dan juga sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat tersebut.
2. Pengertian, yaitu apabila tujuan Promosi kesehatan adalah perilaku yang baru itu dapat diterima oleh pemahaman dan nilai-nilai yang diakui oleh masyarakat tersebut dalam konteks pengetahuan Lokal.
3. Persetujuan, yaitu apabila tokoh-tokoh penting yang merupakan panutan (mis. Tokoh Agama, dan Tokoh adat/petugas adat desa) pada wilayah tersebut sepakat dan menyetujui akan perilaku baru yang dianjurkan untuk diterapkan pada lingkungan daerah wilayahnya.
4. Kesanggupan, merupakan satu kondisi yang menandakan suatu kemampuan baik individu maupun kelompok untuk dapat melakukan perubahan secara fisik contohnya kemampuan untuk dapat membangun jamban/toilet dengan teknologi murah namun tepat guna sesuai dengan kemampuan dan potensi yang dimiliki.

9.3 Metode dan Tujuan Penggunaanya

Untuk mencapai tujuan dalam pelaksanaan promosi kesehatan ada beberapa hal yang menjadi syarat utama sebagai konsep dasar yang kuat di dalam mengembangkan metode dan strategi PROMKES. berikut adalah dasar dalam pengembangan PROMKES sebagaimana dicanangkan dalam konferensi Ottawa charter 1986 silam (World Health Organization, 2012):

1. Advocate/advokasi. Setiap aspek kehidupan memberikan satu pengaruh dalam kesehatan setiap individu maka sudah seharusnya kegiatan atau tindakan promosi kesehatan haruslah mempunyai tujuan untuk menciptakan kondisi yang menguntungkan melalui

advokasi untuk kesehatan dalam segala aspek kehidupan dengan memperhatikan faktor -faktor yang memengaruhinya.

2. Enable/memberdayakan. Promosi kesehatan memiliki tujuan untuk mengurangi perbedaan – perbedaan dalam status kesehatan saat ini dan memastikan adanya kesempatan dan sumber yang sama bagi semua kalangan masyarakat untuk mendapatkan potensi kesehatan mereka secara menyeluruh. Oleh karena itu setiap individu sudah seharusnya diberikan kesempatan untuk dapat menentukan pilihannya terhadap hal-hal yang dapat membangun kesehatannya, baik itu untuk wanita maupun pria.
3. Mediate/Menengahi. Standar dan prospek untuk pembangunan kesehatan tidak dapat dijalankan hanya dengan dukungan sektor kesehatan sendiri. Yang menjadi hal terpenting adalah di mana PROMKES membutuhkan tindakan yang terkoordinasi dengan segala aspek baik dari lingkup pemerintahan, kesehatan dan sosial, ekonomi dan sektor lainnya, yang bekerja sama baik secara individu, keluarga, kelompok sosial, dan seluruh jajaran profesional baik dalam bidang kesehatan dan lainnya.

Semua strategi dan program dari PROMKES haruslah disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan segala kemungkinan bagi setiap individu pada setiap negara dan wilayahnya untuk dapat ikut serta memperhitungkan akan perbedaan dalam sistem sosial, budaya, dan ekonomi. Kementerian Kesehatan Indonesia (KEMENKES), juga berpartisipasi aktif dalam pengembangan PROMKES dengan menerapkan dasar dalam menjalankannya dengan metode yang digunakan sesuai dengan tujuan dan mengacu pada dasar dari konsep yang dicanangkan oleh WHO dalam konferensi Ottawa Charter dan di kembangkan sesuai dengan tujuan pelaksanaan promosi kesehatan dan kebutuhan lokal.

Berikut adalah contoh dalam menentukan promosi kesehatan yang digunakan sesuai dengan tujuan pelaksanaan PROMKES (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016):

1. Untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan: ceramah, kerja kelompok, media massa, seminar, kampanye.

2. Menambah pengetahuan. Menyediakan informasi: One-to-one teaching (mengajar perseorangan / private), seminar, media massa, kampanye, group teaching.
3. Self-empowering Meningkatkan kemampuan diri, mengambil keputusan Kerja kelompok, latihan (training), simulasi, metode pemecahan masalah, peer teaching method.
4. Mengubah kebiasaan: Mengubah gaya hidup individu Kerja kelompok, latihan keterampilan, training, metode debat.
5. Mengubah lingkungan, Bekerja sama dengan pemerintah untuk membuat kebijakan berkaitan dengan Kesehatan.

9.4 Jenis – Jenis Metode Dalam Promosi Kesehatan

Dalam mencapai tujuan dari PROMKES yang menuntut adanya suatu proses yang bertujuan untuk merubah perilaku baik individu maupun kelompok, yang dipengaruhi berbagai faktor dari berbagai aspek kehidupan. Salah satu faktor yang berpengaruh besar terhadap pencapaian akan hasil yang baik dalam satu pelaksanaan PROMKES baik melalui program pendidikan dan penyuluhan kesehatan adalah dengan memilih metode pelatihan yang tepat. Menurut perumusan dalam panduan buku ajar yang disusun oleh PPSPDMK KEMENKES RI, dalam pengembangan dan pelaksanaan Metode dibagi ke dalam kriteria yang berbeda sesuai dengan kebutuhan metode belajar yang dibagi menjadi (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016):

Metode Individual (Perorangan)

Menurut fungsinya dalam Pendidikan atau penyuluhan kesehatan, metode ini dirancang dengan sifat individual yang bertujuan untuk digunakan dalam membina perilaku baru, atau membina satu individu yang menunjukkan sikap ketertarikan terhadap suatu inovasi atau perubahan pola perilaku. Misalnya membina seorang ibu yang baru saja menjadi peserta (akseptor) dalam satu kegiatan promosi Kesehatan, atau seorang ibu yang sedang hamil dan tertarik dengan informasi mengenai imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengar kan penyuluhan kesehatan.

Pendekatan yang digunakan untuk membuat ibu tersebut menjadi seorang yang mau melakukan perubahan berdasarkan informasi yang didapat melalui program yang diikuti (akseptor lestari), atau ibu hamil yang tertarik dengan imunisasi TT langsung mengajukan permintaan untuk di imunisasi adalah metode yang dilakukan dengan pendekatan secara perorangan. Perorangan atau Individual disini tidak hanya berarti harus hanya kepada ibu – ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual oleh karena dalam kehidupan setiap individu memiliki masalah dengan alasan yang berbeda – beda yang dapat terjadi karena adanya perbedaan dalam penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara ini.

Bentuk pendekatannya antara lain:

1. Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and Counseling)

Melalui cara ini hubungan komunikasi antara peserta dan petugas akan menjadi lebih aktif sehingga memberikan kesempatan pada program PROMKES untuk mencapai tujuan dengan optimal. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dipelajari lebih seksama melalui informasi yang lebih rinci dan dapat disediakan solusi atau jalan keluar bagi situasi yang dihadapi. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau dengan sendirinya berperilaku baru tanpa di paksa.

2. Wawancara (Interview)

Cara ini pada hakikatnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk mengetahui apakah klien memiliki kesadaran dan pengertian yang kuat tentang informasi yang diberikan (perubahan perilaku yang diharapkan), juga untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan yang disampaikan. Jika belum terjadinya perubahan perilaku, maka perlu dilakukan penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

Metode Kelompok

Ketika menentukan metode kelompok sebagai strategi yang akan digunakan, maka haruslah dilihat Kembali kebutuhannya mengingat ukuran atau besarnya kelompok yang menjadi sasaran serta, tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda dengan metode untuk kelompok kecil. Efektivitas atau keberhasilan suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

Kelompok Besar

Sebuah kelompok dikategorikan menjadi kelompok besar apabila peserta penyuluhan terdiri dari 15 orang atau lebih. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1. Ceramah. Merupakan pilihan metode yang baik untuk sasaran pendidikan tinggi maupun rendah. Melalui metode ceramah penyampaian informasi dan pengetahuan dilakukan secara lisan. Metode ini mudah dilaksanakan akan tetapi penerima informasi menjadi pasif dan apabila kegiatan dilakukan dalam waktu yang cukup lama membuat para pesertanya merasa bosan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metoda ceramah:

Persiapan: suatu ceramah akan di katakan berhasil apabila penceramah atau presenter dari ceramah tersebut menguasai seluruh materi yang akan di sampaikan. Bagi penceramah sudah seharusnya mempersiapkan diri dalam hal:

- a. Mempelajari materi dengan seksama dan dengan sistematika yang baik. Akan menjadi lebih baik lagi apabila disusun dalam bentuk diagram atau skema.
- b. Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, seperti makalah singkat, slide, transparan, sound system, dan sebagainya.

Pelaksanaan: kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu ragu dan gelisah.
- b. Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- c. Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- d. Berdiri di depan (di pertengahan), dianjurkan untuk tidak duduk.
- e. Menggunakan alat-alat bantu lihat-dengar atau dikenal dengan Audio Visual Aids (AVA) semaksimal mungkin.
- a. Seminar. Metode ini lebih sesuai digunakan untuk pendidikan formal menengah ke atas. Seminar adalah suatu kegiatan yang menyajikan (presentasi) atau memaparkan dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

Kelompok Kecil

Satu kelompok akan dikategorikan kecil apabila jumlah dari peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang. Berikut beberapa metode yang sesuai dengan kategori dari kelompok kecil antara lain:

1. Diskusi Kelompok

Metode yang dilaksanakan dalam bentuk diskusi antara pemberi dan penerima informasi, biasanya untuk mengatasi masalah. Metode ini mendorong penerima informasi berpikir kritis, mengekspresikan pendapatnya secara bebas, menyumbangkan pikirannya untuk memecahkan masalah bersama, mengambil satu alternatif jawaban atau beberapa alternatif jawaban untuk memecahkan masalah berdasarkan pertimbangan yang seksama.

Dalam kegiatan diskusi kelompok diharapkan akan membuat semua anggota kelompok berpartisipasi secara aktif dan dapat bebas mengeluarkan pendapat juga pertanyaan dalam diskusi, maka pengaturan dalam posisi serta letak duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga para peserta dapat melihat satu dengan yang lainnya, misalnya posisi duduk diatur dalam bentuk lingkaran atau segi empat.

Posisi duduk dari pemimpin diskusi juga diatur untuk dapat duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan status atau peran yang berbeda antara pemimpin diskusi dan peserta, tujuannya adalah agar setiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Untuk menciptakan diskusi yang hidup maka tugas dari pemimpin kelompok untuk mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta. Menurut Syaiful Bahri Djamarah (dalam Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016) Kelemahan metode diskusi sebagai berikut:

- a. Tidak dapat dipakai dalam kelompok yang besar.
 - b. Peserta diskusi mendapat informasi yang terbatas.
 - c. Dapat dikuasai oleh orang-orang yang suka berbicara.
 - d. Biasanya orang menghendaki pendekatan yang lebih formal.
2. Curah Pendapat (Brainstorming)
- Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok, yang diawali dengan pemberian kasus atau pemicu untuk menstimulasi tanggapan dari peserta. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapapun. Baru setelah semua anggota dikeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.
3. Bola Salju (SnowBalling)
- Metode di mana kesepakatan akan didapat dari pemecahan menjadi kelompok yang lebih kecil, kemudian bergabung dengan kelompok yang lebih besar. Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1

pasang 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya, demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4. Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain, Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut, Selanjutnya hasil dan tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5. Role Play (Memainkan Peranan)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6. Permainan Simulasi (Simulation Game)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberapa papan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

Metode Massa

Pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat

pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah awareness (kesadaran) masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan (metode) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa ini, antara lain:

1. Ceramah umum (public speaking)
Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan masyarakat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa.
2. Pidato-pidato/diskusi
Tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.
3. Simulasi
Dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
4. Tulisan-tulisan
Di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.
5. Papan Reklame (Billboard)
Yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh: billboard Ayo ke Posyandu Metode-metode yang disebutkan di atas hanyalah beberapa dari banyak metode lainnya.

Metode-metode tersebut dapat digabung atau dimodifikasi oleh tim promosi kesehatan disesuaikan dengan penerima pesan dan sarananya. Selain itu, metode yang digunakan juga disesuaikan dengan tujuan dari promosi kesehatan yang dilaksanakan (Modul Bahan Ajar Keperawatan, 2016).

Bab 10

Pengembangan Media Dalam Promosi Kesehatan

10.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan perlu diimplementasikan di segala aspek. Promosi kesehatan adalah usaha untuk menyebarkan, memperkenalkan dan memasarkan pesan tentang kesehatan kepada komunitas. Promosi kesehatan merupakan bagian dari pencegahan penyakit. Penyampaian promosi kesehatan dapat menggunakan beberapa metode. Pemilihan metode perlu dipertimbangkan dengan baik sehingga materi pembelajaran yang akan diberikan dapat diterima dengan baik sesuai kalangan sasaran komunitas yang dituju. Berdasarkan *American Nurses Association (ANA)* "position statement" menjelaskan bahwa keperawatan harus memperluas upayanya untuk merancang dan mengimplementasikan intervensi yang mendukung promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, penyakit dan kecacatan.

Pencegahan penyakit dan menjaga kesehatan melibatkan aktivitas multidimensi yang kompleks yang tidak hanya berfokus pada keluarga, kelompok dan populasi. Pendekatan pencegahan harus komprehensif, mencakup pencegahan tingkat primer, sekunder dan tersier dan melibatkan individu (*American Nurses Association, 1995*).

10.2 Pengajaran dan Pembelajaran

Pengajaran merupakan proses di mana terjadinya sebuah proses interaktif dengan upaya mempromosikan pembelajaran (Potter and Perry, 2010). Pengajaran memiliki tujuan untuk membantu sasaran/target memperoleh sebuah pengetahuan baru, memperoleh sikap dan perilaku yang baru dan bahkan dapat melaksanakan keterampilan yang baru. Sedangkan pembelajaran adalah proses memperoleh pengetahuan, perilaku dan keterampilan yang baru. Pengajaran dan pembelajaran idealnya merupakan proses yang disadari oleh seseorang bahwa dirinya membutuhkan sebuah pengetahuan dan keterampilan (Bastable, 2008). Pembelajaran dibagi menjadi tiga bidang yaitu: pembelajaran kognitif, pembelajaran afektif dan psikomotor (Potter and Perry, 2010).

10.2.1 Pembelajaran kognitif

Pembelajaran kognitif merupakan sebuah proses intelektual yang melibatkan pemikiran. Perolehan pengetahuan adalah hal yang paling mudah dalam pembelajaran kognitif.

Pembelajaran kognitif meliputi beberapa hal yaitu:

1. Pengetahuan: Pembelajaran faktas atau informasi baru dan mampu mengingatnya
2. Komprehensif: Kemampuan memahami arti dari materi ajar
3. Aplikasi: Menggunakan ide abstrak yang baru dipelajari dalam situasi yang konkret
4. Analisis: Menguraikan informasi menjadi bagian yang terorganisasi
5. Sintesis: Kemampuan menerapkan pengetahuan dan keterampilan untuk menghasilkan bentuk baru
6. Evaluasi: Penilaian tentang nilai informasi bagi tujuan tertentu

10.2.2 Pembelajaran Afektif

Pembelajaran afektif berkaitan erat dengan penerimaan sikap, pendapat, dan nilai. Karakteristik adalah perilaku yang paling kompleks, sedangkan menerima adalah perilaku yang paling sederhana.

Perilaku pembelajaran afektif sebagaimana disebutkan dibawah ini:

1. Menerima: Di mana seseorang bersedia menerima perkataan orang lain
2. Merespons: Perilaku berpartisipasi secara aktif dan bereaksi secara verbal maupun non verbal
3. Memberi nilai: Menentukan penilaian terhadap objek atau perilaku
4. Mengorganisasi: Membangun sebuah sistem nilai melalui identifikasi dan organisasi nilai
5. Karakterisasi: Beraksi dan merespons dengan sistem nilai yang konsisten

10.2.3 Pembelajaran Psikomotor

Pada pembelajaran psikomotor, keterampilan melibatkan aktivitas. Pada pembelajaran psikomotor, hal yang paling sederhana adalah hierarki sedangkan yang paling kompleks adalah originasi.

Pembelajaran psikomotor meliputi:

1. Persepsi: Menyadari adanya objek atau kualitas melalui penggunaan indera
2. Penetapan: Kesiapan mengambil aksi tertentu
3. Respons yang dibimbing: Melaksanakan suatu tindakan dengan disertai bimbingan instruktur dengan melakukan kembali yang didemonstrasikan
4. Mekanisme: Perilaku dengan tingkat yang lebih tinggi di mana individu memperoleh kepercayaan diri dan keterampilan dalam melakukan perilaku yang lebih kompleks
5. Respons terbuka yang kompleks: Melakukan keterampilan motorik yang membutuhkan pola gerakan yang kompleks dengan lancar dan akurat
6. Adaptasi: Kemampuan mengubah respons motorik saat terjadi masalah yang tidak terduga

7. **Originasi:** Menggunakan keterampilan dan kemampuan psikomotor untuk melakukan aksi motorik kompleks yang melibatkan penciptaan pola gerakan baru

10.3 Metode Dalam Promosi Kesehatan

Metode menurut KBBI (2016) adalah sebuah cara yang secara teratur digunakan untuk melakukan sebuah pekerjaan. Metode berasal dari kata *metha* yang berarti melalui atau melewati, dan *hodos* yang berarti jalan atau cara, sehingga metode juga bisa diartikan sebagai jalan atau cara yang dilalui untuk mencapai sebuah tujuan.

Metode promosi kesehatan perlu disesuaikan dengan tujuan pelaksanaan promosi kesehatan, antara lain adalah (Susilowati, 2016):

1. Meningkatkan kesadaran akan kesehatan; bisa menggunakan ceramah, kerja kelompok, media massa, seminar dan kampanye
2. Menambah pengetahuan; dapat diberikan melalui seminar, media massa, grup belajar
3. Self-empowering; melalui simulasi, training, metode pemecahan masalah dan peer teaching method
4. Mengubah kebiasaan; kerja kelompok, Latihan, keterampilan dan debat
5. Mengubah lingkungan; bekerjasama dengan pemerintah dalam membuat kebijakan berkaitan Kesehatan

10.3.1 Jenis Metode Dalam Promosi Kesehatan

Pembelajaran dapat terjadi pada berbagai tingkatan dan dapat menggabungkan beberapa jenis kegiatan. Pembelajaran dapat berupa formal maupun informal, baik terencana maupun tidak terencana. Presentasi yang dilakukan secara formal biasanya direncanakan secara terstruktur. Beberapa pengajaran yang tidak formal tetapi masih terencana dan relatif terstruktur bisa dilakukan dalam diskusi kelompok di mana pertanyaan yang diberikan merangsang ide dan membimbing pemikiran. Tingkat pengajaran yang informasi bisa berbentuk seperti konseling atau bimbingan.

Perawat dapat menggunakan pamphlet atau langkah protokol sebagai panduan, dapat menggunakan satu atau kombinasi metode dan berbagai bahan untuk memfasilitasi proses belajar mengajar. Perawat diharapkan dapat menghasilkan beberapa metode pengajaran. Selanjutnya akan dijelaskan metode pengajaran yang umum digunakan seperti ceramah, diskusi, demonstrasi dan bermain peran serta bahan ajar yang digunakan untuk meningkatkan pembelajaran (Bastable, 2008).

1. Kuliah. Perawat dapat memberikan informasi kepada sasaran secara besar di komunitas. Metode ceramah dapat dijadikan jenis presentasi yang formal dan dapat dijadikan cara yang paling efisien untuk mengkomunikasikan informasi kesehatan umum. Penggunaan slide, dengan gambar dapat menarik perhatian para peserta. Dalam metode kuliah, peserta dapat dirangsang untuk menjadi aktif dengan tanya jawab atau diskusi setelah kuliah selesai.
2. Diskusi Kelompok. Komunikasi dua arah menjadi hal yang sangat penting dalam proses pembelajaran. Peserta didik membutuhkan kesempatan mengajukan pertanyaan, memberikan pendapat dan menerima umpan balik dengan tujuan mengembangkan pemahaman. Ketika diskusi digunakan dengan metode pembelajaran lain seperti demonstrasi, ceramah dan bermain peran maka akan semakin membuat diskusi menjadi efektif. Dalam pengajaran kelompok, diskusi memungkinkan klien untuk belajar dari satu sama lain serta belajar dari perawat.
3. Demonstrasi. Metode demonstrasi seringkali digunakan untuk mengajar keterampilan psikomotor dan paling baik disertai dengan penjelasan dan diskusi. Hal ini memberi klien gambaran sensorik yang jelas tentang bagaimana melakukan keterampilan. Sehingga akan lebih baik jika demonstrasi dilakukan didepan kelompok atau individu dengan menggunakan peralatan yang juga akan digunakan klien sehingga klien dapat berlatih secara sempurna.
4. Role Play. Metode bermain peran dapat memaksimalkan pembelajaran. Misal dalam kelompok parenting, orang tua dapat bermain peran dengan mengambil posisi sebagai anak-anak mereka; sehingga dapat mengetahui perasaan anak mereka dalam hal tertentu.

Dalam bermain peran, perlu diperjelas apa tujuan yang ingin dicapai, tentukan peran masing-masing dan setiap peserta perlu memahami perannya masing-masing. Setelah bermain peran, dapat dilanjutkan dengan diskusi disertai tanya jawab.

5. Simulasi. Simulasi adalah metode di mana pengalaman artifisial atau hipotesis yang melibatkan pelajar dalam aktivitas yang mencerminkan kondisi kehidupan nyata tetapi tanpa konsekuensi pengambilan risiko dari situasi actual. Saat merencanakan simulasi sangat tepat untuk membuat simulasi seolah olah di kejadian nyata akan tetapi tidak mengancam siapapun. Aktivitas yang dibuat harus mampu merangsang pemikiran kritis peserta dalam waktu tertentu dengan tekanan yang realistic. Sebagai contoh seorang ibu yang memiliki anak yang SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)/ anak yang mengalami kematian tiba-tiba, apa yang harus dilakukan untuk membantu orang tua dari anak tersebut.
6. Role Modelling. Role modelling dapat merubah domain afektif peserta. Role modelling ini adalah menggunakan diri sendiri sebagai model. Sebagai edukator, perawat memiliki banyak kesempatan untuk mendemonstrasikan sikap dan perilaku nya sebagaimana dia ingin dari peserta didik nya. Hal ini meliputi bagaimana perawat bersikap, berinteraksi dengan orang lain, apa yang dimakan, bagaimana menyelesaikan masalah dan lainnya.

10.4 Bahan Pembelajaran

Dalam menentukan bahan pembelajaran, banyak variabel yang perlu dipertimbangkan. Peran perawat lebih dari hanya menyampaikan informasi, akan tetapi juga meliputi keterampilan dalam mendesain dan merencanakan bahan ajar. Pembelajaran dapat diberikan secara menarik dan dapat menyenangkan bagi peserta maupun pemateri asalkan pendidik tahu metode dan bahan ajar yang digunakan.

10.4.1 Variabel Bahan Ajar

Pengetahuan akan beragam bahan ajar dan kesesuaian dalam penggunaan nya akan membuat pengajaran menjadi menarik, menantang dan efektif bagi semua tipe pembelajar.

Ada tiga variabel utama dalam menentukan bahan ajar yang tepat (Bastable, 2008):

1. Karakteristik pembelajar

Beberapa hal menjadi pengaruh dalam pembelajaran. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui karakteristik audience/peserta sehingga pendidik dapat memilih media sesuai dengan kebutuhan dari bermacam pembelajar. Hal yang perlu dipertimbangkan antara lain adalah kemampuan sensori. Fisik. Kemampuan membaca, level motivasi, stase perkembangan, dan latar belakang budaya

2. Karakteristik Media

Media dapat bermacam-macam baik dalam bentuk cetak maupun non-cetak. Material/media yang dicetak adalah bentuk yang paling umum untuk yang digunakan untuk menyampaikan informasi, sedangkan media non-cetak termasuk bentuk audio maupun visual.

3. Karakteristik Tugas

Mengidentifikasi domain pembelajaran (kognitif, afektif atau psikomotor) dan kompleksitas dari ketiganya sangat dibutuhkan.

10.4.2 Komponen dalam Bahan Ajar

Berdasarkan metode penyampaian bahan ajar, ada tiga hal yang perlu diperhatikan sebelum menentukan bahan ajar dalam bentuk cetak maupun non-cetak yaitu: sistem penyampaian informasi, isi bahan ajar, presentasi.

1. Sistem penyampaian. Pemilihan sistem penyampaian materi atau bahan ajar berdasarkan pada jumlah partisipan, kecepatan atau fleksibilitas yang dibutuhkan saat penyampaian, serta aspek sensori dari partisipan. Cara penyampaian materi bisa menggunakan software maupun hardware seperti contohnya; penggunaan power point slide, computer atau penggunaan pemutar DVD dan CD-ROM

2. Isi Bahan Ajar. Isi yang akan disampaikan kepada peserta tergantung dari sistem penyampaian informasi. Adapun hal yang harus menjadi pertimbangan educator adalah:
 - a. Keakuratan informasi apakah terkini, nyata, dan dapat dipercaya,
 - b. Kesesuaian media untuk menyampaikan informasi misalnya pamphlet digunakan untuk merubah perilaku dalam domain kognitif dan afektif akan tetapi tidak cocok untuk perubahan psikomotor,
 - c. Ketepatan tingkat keterbacaan peserta. Apakah isi bahan ajar sesuai dengan kemampuan komprehensif peserta sehingga perlu diperhatikan agar menulis bahan ajar dengan jelas, simple dan mudah dimengerti oleh peserta.
3. Presentasi. Bentuk dari bagaimana pesan atau informasi diberikan menjadi hal yang sangat penting. Sebagai contoh penyampaian informasi menggunakan manekin untuk mempraktekkan pemeriksaan payudara akan menghadirkan pemahaman bagi peserta untuk lebih mudah mengerti karna dihadirkan dengan bentuk atau model yang serupa asli wanita dewasa. Hal lainnya adalah presentasi dalam mempelajari bunyi suara nafas atau bunyi suara jantung, pendidik dapat mempresentasikan dengan menggunakan audiotapes dari suara aslinya sehingga peserta mendapatkan pemahaman yang tepat. Keuntungan nya adalah peserta merasa bahwa hal ini adalah nyata.

10.5 Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah bentuk sarana yang akan digunakan untuk menampilkan informasi atau pesan dari pengirim pesan kepada sasaran (penerima pesan) baik melalui media cetak, elektronik maupun media luar ruangan.

Adapun tipe media promosi Kesehatan yaitu (Jatmika et al., 2019):

1. Media cetak
Media cetak sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan Kesehatan dapat berupa booklet, leaflet, rubrik maupun. Poster.
2. Media Elektronik
Media elektronik adalah media yang bergerak secara dinamis, dapat berupa televisi, radio, film, CD, VCD
3. Media luar ruangan
Media luar ruangan yaitu media yang disampaikan di luar ruangan menggunakan media cetak baik berupa papan reklame, spanduk, banner.

Selengkapnya media yang bisa digunakan dalam promosi Kesehatan sangat bervariasi seperti tertulis dalam tabel 1.

Tabel 10.1: Material dan media dalam promosi Kesehatan (Nies and McEwen, 2015)

Media	Keuntungan Dalam Promosi Kesehatan
Audiotapes	• Tidak memerlukan individu untuk membaca • Bisa dibawa dan kecil • Individu dapat menggunakannya di rumah dengan memutar ulang rekaman • Ekonomis dan bermanfaat bagi individu yang memiliki masalah visual/penglihatan
Papan pengumuman	Murah dan mudah dikembangkan
Flipchart	Format yang sangat cocok digunakan untuk mengarahkan pembaca ke poin penting misal dapat menambahkan diagram atau grafik, lebih murah dari sisi keuangan
Simulasi dan permainan	Media ini bisa melibatkan pasien secara langsung, melibatkan keluarga. Cocok digunakan saat edukasi ke anak-anak
Menggambar	Dapat membantu pemahaman untuk <i>audiens</i> yang buta huruf
Media Interaktif	Dapat diberikan melalui tablet, komputer atau seluler. Akan tetapi penggunaan media interaktif bisa jadi memakan waktu dan mahal
Model/objek nyata	Dapat memberikan konsep secara langsung pada target

Demonstrasi	Penting digunakan saat menyampaikan keterampilan psikomotor, melibatkan pasien untuk belajar secara langsung
Presentasi	Dapat digunakan dalam kelompok kecil dengan menandai poin poin penting, mudah disiapkan dan murah
Foto, power point, buku bergambar	Membantu memberikan pemahaman melalui gambar. Dapat dikaitkan dengan kehidupan peserta. Dapat dilakukan dengan mudah bahkan oleh orang yang sangat minim dalam literasi
Leaflet, brosur dan booklet	Mudah dibawa kemana saja, ekonomis. Berguna dalam memperkuat konsep dan interaksi kesehatan. Efektif digunakan pada individu, keluarga, kelompok bahkan ke komunitas.
Kartu belajar	Menggunakan sedikit kata, mudah dibuat dan peserta dapat menginterpretasi arti secara visual
<i>Flash card</i>	Efektif digunakan pada individu, kelompok maupun keluarga
Sumber online	Dapat menjangkau banyak orang dengan cepat melalui web atau <i>link</i>
<i>Podcast</i>	Sebuah teknologi video portable yang menggunakan media siaran dan dapat diakses melalui internet di perangkat atau komputer pribadi
Media Sosial	Bisa digunakan sebagai forum diskusi interaktif online, blogs, <i>social news</i> , social networking
Televisi	Menjangkau banyak <i>audiens</i> di komunitas. Membantu meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan umum di komunitas. Efektif memengaruhi perilaku dan sikap

Bab 11

Program Promosi Kesehatan di Indonesia dan Dunia

11.1 Perkembangan Program Promosi Kesehatan

Konferensi Internasional Promosi kesehatan merupakan salah satu bukti sejarah sudah hampir 20 tahun, kemudian WHO mendeklarasikan “ Health for All by the year 2000 ” di Alma Ata. Dalam piagam Ottawa Charter merupakan dasar membangun promosi kesehatan kedepannya. Dalam konferensi promosi kesehatan di Jakarta yang mempunyai momen yang keunikan yang berbeda yaitu dengan melibatkan pihak swasta atau non pemerintahan, pada konferensi sebelumnya mengikutsertakan praktisi kesehatan baik pemerintah dan swasta serta para akademisi dari perguruan tinggi, keterlibatan banyak unsur dalam konferensi tersebut. konferensi internasional promosi kesehatan yang ke 4 di Jakarta adanya kesepakatan “ The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century (Notoadmodjo, 2013).

Pentingnya keterlibatan swasta dalam program kesehatan dan untuk mengatasi masalah kesehatan dalam mewujudkan “ corporate sosial Responsibility “ yang merupakan tanggung jawab sosial terhadap kesehatan. oleh sebab itu

keterlibatan swasta dalam program kesehatan termasuk program promosi kesehatan. Dalam program promosi kesehatan ada pemeran baru di abad 21 yang tertuang dalam Deklarasi keempat di Jakarta yaitu:

Promosi kesehatan Investasi swasta yang berharga

Kemajuan teknologi dan perkembangan ilmu pengetahuan mengubah perilaku dan gaya hidup masyarakat, seperti munculnya perilaku berisiko tinggi diantaranya makan yang tidak seimbang, minimnya aktivitas fisik, mengonsumsi Alkohol, kurang berimbang antara kerja dan istirahat inimerupakan masalah kesehatan yang muncul di masyarakat, cara untuk memperkecil risiko tersebut melalui promosi kesehatan dengan strategi yang tepat dan metode atau cara untuk mengatasi perilaku masyarakat berisiko dan menerapkan perilaku lebih sehat. Sehingga ada determinan kesehatan yang memberikan dampak positif, makanya promosi kesehatan dikatakan investasi yang berharga dalam meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.

Determinan kesehatan tantangan baru

Determinan kesehatan merupakan faktor yang memengaruhi kesehatan masyarakat seperti dalam teori HL BLUM (1974) yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas dalam deklarasi Jakarta determinan kesehatan sudah dibagi beberapa kelompok antara lain: syarat untuk kesehatan, kecenderungan demografi, faktor antarbangsa, masalah kesehatan utama yaitu penyakit Infeksi menular.

(Johannesen et al., 2007) Faktor determinan atau penentu kesehatan diartikan sebagai faktor yang signifikan memengaruhi atau berdampak pada kesehatan individu dan komunitas. Faktor penentu kesehatan terdiri dari faktor genetik atau biologis, sosial dan faktor fisik, pelayanan kesehatan, kebijakan, dan perilaku individu. Itu keterkaitan faktor-faktor ini menentukan kesehatan individu dan, secara kolektif, kesehatan suatu populasi (Institute of Medicine, 2001). Memahami bagaimana masing-masing faktor ini berkontribusi pada kesehatan seorang individu itu penting; Namun, satu-satunya kesempatan terbesar untuk meningkatkan kesehatan terletak pada pilihan kesehatan pribadi.

Penyakit tidak menular

Salah satu beban ganda bagi negara-negara yang sedang berkembang adalah yaitu munculnya penyakit tidak menular akibat perubahan gaya hidup dan lingkungan kondisi dan ini merupakan tantangan besar bagi program promosi kesehatan di abad 21. (Coe and Beyer, 2014) *Health promotion and disease*

prevention have huge impact on health, yet given low priority, risk being overlooked in universal health coverage efforts. To effectively prioritize promotion and prevention, strong cadres of personnel are needed with expertise in legislation and health policy, social and behavior change communication, prevention and community health, health journalism, environmental health, and multi sectoral health promotion.

Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit memberikan dampak besar terhadap kesehatan masyarakat, namun yang diutamakan berisiko rendah, dalam upaya mencapai kesehatan universal. Untuk memprioritaskan promosi dan pencegahan secara efektif, kader yang dibutuhkan dengan keahlian di bidang legislasi dan kebijakan kesehatan, perubahan sosial dan perilaku komunikasi, pencegahan dan kesehatan masyarakat, jurnalisme kesehatan, kesehatan lingkungan, dan promosi kesehatan multisektoral.

Pendekatan baru promosi kesehatan.

Promosi kesehatan mempunyai peran dalam keberhasilan program kesehatan seperti upaya peningkatan ketercapaian program kesehatan di masyarakat melalui promosi kesehatan. Adanya pendekatan strategi promosi kesehatan dengan kebijakan berwawasan kesehatan, lingkungan yang mendukung kesehatan, mendukung kegiatan masyarakat untuk kesehatan, adanya keterampilan personal untuk memelihara kesehatan, pelayanan kesehatan yang maksimal. Adanya pendekatan secara menyeluruh dengan berbagai tatanan dan dukungan dari tokoh masyarakat.

(Fortune et al., 2018) Pendekatan dan alat promosi kesehatan dapat bermanfaat bagi kelompok masyarakat sipil, pemerintah lokal dan nasional dan organisasi multilateral yang bekerja untuk menjalankan agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan. Promosi kesehatan dan berkelanjutan pembangunan berbagi beberapa prioritas inti, seperti kesetaraan, pendekatan lintas sektoral, dan keberlanjutan, yang membantu memaksimalkan dampaknya melintasi batas sektoral tradisional. Di Wilayah Amerika, masing-masing prioritas ini memiliki resonansi yang kuat karena menonjol dan ketidakadilan kesehatan jangka panjang yang terbukti resisten terhadap intervensi yang hanya didorong oleh sektor kesehatan.

Kami menjelaskan beberapa kasus dari Wilayah Amerika Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) di mana pendekatan dan alat promosi kesehatan, dengan fokus Di kota-kota, lingkungan sehat dan kolaborasi multisektoral, telah digunakan untuk mempraktikkan agenda. Kami menyoroti area di mana

seperti itu pendekatan dan alat dapat diterapkan secara efektif dan memberikan bukti potensi transformatif dalam upaya promosi kesehatan mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan.

(Mcqueen and Salazar, 2011) Piagam Ottawa untuk promosi kesehatan dan pendidikan, merupakan bentuk pengakuan yang muncul bahwa kesehatan adalah konsep yang luas dengan sendirinya. Itu dibuat eksplisit bahwa hubungan dengan pendekatan penyakit sangat tinggi terkait dengan pendidikan dan promosi kesehatan, tetapi kesehatan itu promosi harus melampaui interpretasi yang sempit dari lapangan. Itu diakui bahwa partisipasi aktif oleh orang, untuk secara langsung memengaruhi kesehatan mereka dan yang lebih luas penentu itu, adalah yang terpenting.

11.2 Prioritas Promosi kesehatan Abad 21

Ada berapa prioritas dalam promosi kesehatan berdasarkan konferensi internasional promosi kesehatan adalah meningkatkan tanggung jawab sosial dalam kesehatan, meningkatkan investasi pembangunan kesehatan, adanya kemitraan dalam kesehatan, meningkatkan kemampuan personal dalam memberdayakan masyarakat dan mengembangkan infrastruktur untuk promosi kesehatan (Notoadmodjo, 2013).

Untuk mempercepat perkembangan promosi kesehatan di seluruh Dunia maka dibentuk koalisi promosi kesehatan dunia yang tertuang dalam Deklarasi yang prioritas diarahkan untuk:

1. Menumbuhkan rasa kesadaran masyarakat tentang adanya perubahan faktor penentu yang memengaruhi kesehatan.
2. Motivasi perlunya membangun kerjasama dan jejaring kerja untuk pembangunan kesehatan.
3. pengorganisasian tenaga promosi kesehatan yang mencakup, manusia, dana, materi dan metode merupakan penggerak bagi promosi kesehatan serta perlunya kerjasama lintas program dan lintas sektoral dengan melakukan advokasi kepada pengambil kebijakan.

4. Dari berbagai pengalaman sebelumnya merupakan pelajaran untuk perbaikan dalam melakukan promosi kesehatan di Indonesia, seperti melakukan propaganda dalam pendidikan kesehatan
5. Adanya berbagai pengalaman dengan melakukan kunjungan ke daerah atau negara lain dalam rangka bertukar pikiran melalui seminar atau diskusi.
6. Meningkatkan kebersamaan dalam kegiatan promosi kesehatan ketika dilapangan dan tetap solid tanpa ada muncul kecemburuan seperti pemakaian media promosi kesehatan bersama untuk kepentingan masyarakat.
7. Adanya keterbukaan dan tanggung jawab sosial dalam promosi kesehatan dan promosi kesehatan harus membawa perubahan perilaku ke arah yang lebih baik.

Dalam promosi kesehatan peran WHO antara lain mengajak mengajak pemerintah, LSM, pihak swasta, badan- badan regional, serikat pekerja, dll, bertujuan untuk meningkatkan prioritas kegiatan promosi kesehatan. (Bhuyan, 2004) *Self care, community participation and health promotion are emerging but dominant areas in the developed countries. Elements of a programme for health promotion in the developing countries following key principles of self care and community participation are proposed. Demonstration programmes may be initiated to assess the feasibility and effectiveness of this programme before large scale implementation.*

Partisipasi masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan dan promosi kesehatan muncul tetapi dominan daerah di negara maju. Unsur-unsur program promosi kesehatan sedang berkembang negara-negara yang mengikuti prinsip-prinsip dalam pemeliharaan kesehatan dan partisipasi masyarakat diusulkan. Program demonstrasi dapat dimulai untuk menilai kelayakan dan efektivitas ini program sebelum implementasi skala besar dilakukan. (Lee et al., 2009) *The people in the community had higher socioeconomic status levels and better health behaviors compared to the general Korean population, and they also listed chronic health problem management as their first priority health service. Development of the community health promotion center was done based on the five World Health Organization's Ottawa Charter Health Promotion Strategies: build healthy public policy, create supportive environments,*

strengthen community actions, develop personal skills, and reorient health services.

Masyarakat memiliki tingkat status sosial ekonomi yang lebih tinggi dan perilaku kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan penduduk Korea pada umumnya, dan mereka juga mencantumkan manajemen masalah kesehatan kronis sebagai pelayanan kesehatan prioritas pertama mereka. Pembangunan pusat promosi kesehatan masyarakat dilakukan berdasarkan lima Strategi Promosi Kesehatan Piagam Ottawa dari Organisasi Kesehatan Dunia: membangun kesehatan kebijakan publik, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat tindakan komunitas, mengembangkan keterampilan pribadi, dan reorientasi pelayanan kesehatan.

11.3 Program Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan yang berawal dari pendidikan kesehatan di Negara yang sudah berkembang pendidikan kesehatan telah dilaksanakan sejak satu abad yang silam dan masuk kedalam Program akademik, yang bertujuan untuk melatih tenaga pendidik kesehatan untuk bekerja di sekolah, namun peran pendidik kesehatan yang bekerja di masyarakat menjadi lebih dikenal mulai tahun 1940-an dan 1950-an. Pendidikan kesehatan mempromosikan atau memperkenalkan tentang kesehatan dengan berbagai pengalaman belajar (Green, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1980).

Pengalaman pendidikan dapat memfasilitasi dalam memperoleh pengetahuan baru, menyesuaikan sikap, dan memperoleh serta mampu mempraktikkan sebagai perilaku baru yang dapat merubah derajat kesehatan. Promosi kesehatan secara konsep merupakan kombinasi antara dua tingkat tindakan dalam kesehatan antara lain adanya pendidikan kesehatan dan tindakan lingkungan untuk mendukung kondisi hidup sehat lebih baik (Green & Kreuter, 1999). Tindakan lingkungan dengan menargetkan seluruh masyarakat, dengan Strategi dan intervensi lingkungan seperti itu mencakup perubahan politik, ekonomi, sosial, organisasi, peraturan, dan legislatif. Sarana dan prasarana yang mendukung untuk promosi kesehatan, serta meningkatkan investasi dalam pembangunan kesehatan di seluruh sektor.

Program promosi kesehatan dapat membantu secara fisik, psikologis, pendidikan, dan pekerjaan bagi individu serta membantu mengontrol atau

mengurangi biaya pemeliharaan kesehatan secara keseluruhan dengan menekankan pada upaya pencegahan munculnya masalah kesehatan, dengan mempromosikan gaya hidup sehat, meningkatkan kepatuhan pasien, dan memfasilitasi akses ke pelayanan dan perawatan kesehatan. Program promosi kesehatan berperan dalam menciptakan individu, keluarga, masyarakat, tempat kerja, dan organisasi yang lebih sehat. Masyarakat berperan pada lingkungan untuk mempromosikan dan mendukung kesehatan baik secara individu dan masyarakat secara menyeluruh. Program promosi kesehatan sangat bermanfaat dan mempunyai peran penting untuk mengatur masyarakat seperti di sekolah, Tempat kerja, tempat pelayanan kesehatan dan masyarakat umum, yang sebagai sasarannya anak-anak, remaja, orang dewasa, dan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan kebutuhannya untuk mengambil keputusan yang tepat untuk kesehatannya.

Program promosi kesehatan yang direncanakan, secara terorganisir, dan terstruktur kegiatan dan acara selama waktu itu fokus membantu individu, kelompok dan masyarakat membuat keputusan tentang kesehatan mereka, program promosi kesehatan juga mendorong perubahan kebijakan, lingkungan, peraturan, organisasi, dan legislatif di berbagai tingkat pemerintahan dan organisasi. intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan individu dan Masyarakat.

Program promosi kesehatan sangat bermanfaat dan mempunyai peran penting untuk mengatur masyarakat seperti di sekolah, Tempat kerja, tempat pelayanan kesehatan dan masyarakat umum, yang sebagai sasarannya anak-anak, remaja, orang dewasa, dan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan kebutuhannya untuk mengambil keputusan yang tepat untuk kesehatannya. Program promosi kesehatan yang direncanakan, secara terorganisir, dan terstruktur kegiatan dan acara selama waktu itu fokus membantu individu, kelompok dan masyarakat membuat keputusan tentang kesehatan mereka, program promosi kesehatan juga mendorong perubahan kebijakan, lingkungan, peraturan, organisasi, dan legislatif di berbagai tingkat pemerintahan dan organisasi. intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan individu dan Masyarakat.

Program promosi kesehatan merupakan program yang sangat penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan, informasi kesehatan dapat disampaikan kepada masyarakat dengan melaksanakan program kesehatan dengan berperilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan perlunya mengutamakan tindakan

pelayanan kesehatan promotif dan preventif dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di Indonesia.

11.3.1 Program promosi Kesehatan dalam berbagai Setting

Menurut WHO (Organisasi Kesehatan Dunia, 1998) tempat kerja dan tempat pelayanan kesehatan, sekolah serta masyarakat secara umum merupakan tempat untuk melakukan promosi kesehatan. Dalam Deklarasi Jakarta ada konsep pengaturan tempat promosi kesehatan di mana ada interaksi sosial yang melibatkan orang banyak dalam beraktivitas sehari-hari baik itu lingkungan, personal, kelompok dan masyarakat yang dapat memengaruhi status kesehatan. yang di dipromosikan tentang kesehatan melalui interaksi dengan banyak orang. ada empat aturan dalam program promosi kesehatan yaitu adanya Planning (perencanaan), Implementasi dan evaluasi di suatu daerah tertentu yang merupakan karakteristik yang berbeda dari lingkungan dan personal.

Sekolah

Sekolah mempunyai peranan penting untuk perkembangan dan pertumbuhan baik secara fisik dan mental, di sekolah dapat diterapkan pendidikan kesehatan sejak dini atau masa anak-anak, remaja, dan dewasa muda. yang termasuk dalam pengelompokan sekolah dimulai dari tempat penitipan anak, usia Prasekolah, taman kanak – kanak, sekolah dasar, sekolah menengah, sekolah menengah atas serta perguruan tinggi baik itu diploma maupun sarjana. mereka banyak menghabiskan waktu di tempat mereka belajar. disini ada hubungan antara proses pembelajaran dan kesehatan yang telah didokumentasikan.

Promosi kesehatan sekolah mempunyai peran yang sangat strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, WHO's Global school Health Initiative”promosi kesehatan yang diarahkan pada penguatan promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan dengan sasaran anak usia sekolah serta Pengaruh promosi kesehatan terhadap derajat kesehatan anak sekolah, guru, karyawan dan lingkungan sekolah. (Notoatmodjo 2012). (Dan et al., 2019) Ada pengaruh promosi kesehatan di sekolah terhadap tingkat pengetahuan anak dan sikap anak tentang Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) setelah dilakukan promosi kesehatan di sekolah. Artinya adanya perubahan perilaku

pada siswa setelah diberikan promosi kesehatan baik itu dengan melakukan penyuluhan kepada siswa tentang perlunya PHBS.

Tempat Kerja

Tempat kerja merupakan di mana orang bekerja sebagai aktivitas sehari-hari baik itu di sektor pemerintahan maupun swasta. Pengusaha telah menemukan bahwa secara finansial masuk akal untuk mendorong dan mendukung praktik sehat karyawan. Program promosi kesehatan berbasis tempat kerja kepada karyawan mereka. Program-program ini telah terbukti meningkatkan kesehatan karyawan, meningkatkan produktivitas, dan menghasilkan laba atas investasi yang signifikan bagi pemberi kerja (O'Donnell, 2002; Institut Nasional untuk Keselamatan dan Kesehatan Kerja, 2009). Administrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja, telah aktif dalam menciptakan tempat kerja yang aman dan bebas narkoba. Ketika pengusaha menyadari bahwa perilaku seperti merokok, kurangnya aktivitas fisik, dan kebiasaan gizi yang buruk berdampak buruk pada kesehatan dan produktivitas karyawan mereka.

Menurut Departemen kesehatan RI upaya promosi kesehatan kerja yang diselenggarakan di tempat kerja untuk mengenali masalah dan tingkat kesehatan pekerja serta kemampuan mengatasi, memelihara, dan melindungi pekerja dan tempat kerja yang sehat. WHO juga menyatakan bahwa adanya pemberdayaan masyarakat pekerja untuk memelihara kesehatannya seperti adanya pekerja perempuan yang mempunyai risiko gangguan kesehatan (Notoatmodjo 2005)

(Rochmah, Prabandari and Setyawati, no date) juga menunjukkan intervensi WHP multilevel meningkatkan peran sasaran tersier (pimpinan perusahaan) dan sekunder (tenaga kesehatan dan keluarga) untuk membantu pekerja melakukan pengelolaan sindroma metabolik. Secara keseluruhan disimpulkan intervensi WHP multilevel lebih baik dalam meningkatkan perilaku pekerja dengan sindroma metabolik dibandingkan dengan WHP konvensional. (Masyarakat and Airlangga, 2016) Kegiatan tersebut adalah kebijakan presiden VICO, pemenuhan fasilitas, edukasi, sosialisasi, inspeksi, training, dan juga kegiatan lain yang berhubungan dengan kesehatan pekerja. Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah strategi promosi kesehatan di Health department VICO Indonesia, Kalimantan Timur tahun 2016, telah menjalankan lima sarana aksi dalam Ottawa Charter.

Masyarakat

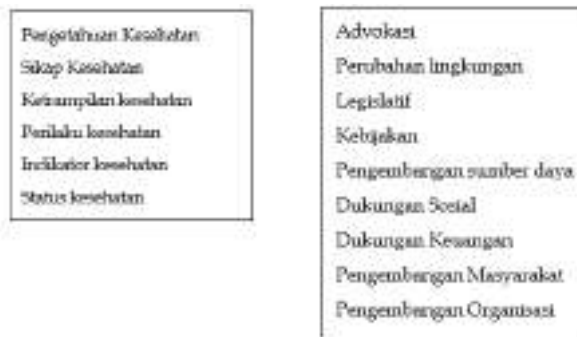
Komunitas merupakan tempat tinggal bagi orang-orang seperti: RT/RW, Kelurahan, kecamatan, Kabupaten/Kota, yang mempunyai tujuan yang sama walaupun tinggal tidak berdekatan antara satu dengan yang lainnya. Masyarakat mempunyai karakteristik yang majemuk dan keunikan yang termasuk di dalamnya ada keluarga, kelompok budaya dan ras, organisasi kemasyarakatan. Sasaran Program promosi kesehatan ada yang dari lingkungan fisik maupun lingkungan sosial. yang menjadi target program promosi kesehatan seluruh anggota masyarakat. Dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan, terlebih dahulu mengetahui siapa pemangku kepentingan/ stakeholders yang berkaitan dengan masalah kesehatan.

11.3.2 Komponen Program promosi kesehatan

Istilah promosi kesehatan sering berubah dalam penggunaannya tetapi tergantung pada negara atau situasi. Dalam bagian ini, istilah promosi kesehatan secara konsep sebagaimana dalam Piagam Ottawa yaitu "proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali atas kesehatan mereka dan faktor penentu, dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka" (Organisasi Kesehatan Dunia, 1986).

Konferensi Konsensus Galway memperkenalkan perubahan dan pemahaman secara global yang berkaitan dengan kompetensi inti dalam persiapan profesional dan praktik spesialis promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Dalam Konferensi tersebut akan didesain dan menyediakan form untuk rekognisi domain kompetensi inti yang dibutuhkan untuk mengembangkan promosi kesehatan, dan sistem penjamin mutu pendidikan, pelatihan, dan praktik.

Promosi kesehatan bertindak sebagai pengatur kelengkapan yang dimulai dari tingkat personal, kelompok dan masyarakat. Promosi kesehatan dilakukan dengan tingkatan dan berbeda untuk berkontribusi informasi kepada masyarakat yang dibuktikan dengan kemampuan/kompetensi dan keterampilan spesifik dengan mengacu pada dan pendekatan interdisipliner (Fertman and Allensworth, no date) (Allegrante et al., 2009)



Gambar 11.1: Komponen Program Promosi Kesehatan

11.4 Model Program promosi Kesehatan

Konsep dan model dalam promosi kesehatan berubah sesuai dengan keadaan, konsep dan model yang dapat diaplikasikan dalam program promosi kesehatan yang terus berkembang sesuai dengan perkembangan zaman. Konsep promosi kesehatan memberikan gambaran dan penjelasan serta mampu memprediksi perilaku di tingkat intrapersonal, interpersonal, dan masyarakat pada umumnya. Konsep kesehatan memberikan gambaran tentang dimensi dari promosi kesehatan, yang menegaskan adanya faktor-faktor yang saling berhubungan di dalam munculnya masalah kesehatan. Model perencanaan kesehatan harus mampu menjadi panduan pengembangan dan pelaksanaan program promosi kesehatan melalui perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Program promosi kesehatan dengan konsep yang baik dan perencanaan yang benar akan dapat dilaksanakan sesuai harapan.

Model perencanaan promosi kesehatan yang diuraikan pada bagian ini mempunyai unsur yang sama walaupun ada sedikit perbedaan, sebab pada kenyataannya semua pendekatan yang dilakukan ada tiga tahapan:

1. Perencanaan program, melakukan penilaian kebutuhan terhadap masalah kesehatan dan faktor yang pengaruhinya, prioritas tindakan, pemilihan intervensi, dan membuat keputusan untuk membuat dan mengembangkan program serta rencana tindak lanjut.

2. Pelaksanaan kegiatan intervensi program yang berdasarkan pada konsep kesehatan, tanpa ada kesenjangan, dan berdasarkan pada need assessment/ penilaian kebutuhan.
3. Evaluasi/ penilaian program adalah bentuk evaluasi terhadap kegiatan yang dilakukan apakah sudah sesuai dengan perencanaan dan memberikan manfaat untuk mengatasi masalah kesehatan dan faktor yang memengaruhi munculnya masalah kesehatan

Pada umum dalam Proses program promosi kesehatan terdiri dari tiga bagian yang selalu bekerja sama dalam memberikan feedback secara berkesinambungan yang disesuaikan dengan program. Ada beberapa model yang sering digunakan dalam program promosi kesehatan ada empat yang menjadi fokus program promosi kesehatan adalah sekolah, tempat kerja, tempat pelayanan kesehatan, dan masyarakat. Ada beberapa model dalam promosi kesehatan sebagai berikut:

Model PRECEDE – PROCEED

Kedokteran (2016) *Precede Proceed Model* (PPM) merupakan model pendekatan dalam promosi kesehatan Model PPM bertujuan untuk perencanaan, intervensi, dan kerangka acuan dalam mengevaluasi program. membuat PPM, berdasarkan pada pendapat yang berasal dari masyarakat, direncanakan secara menyeluruh, berdasarkan evidence base, merupakan intervensi yang layak untuk masyarakat adanya strategi pencapaian program dan dibutuhkan feedback untuk evaluasi program serta upaya perbaikan kedepan

PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation)

1. Phase 1: Social assessment
2. Phase 2: Epidemiological assessment
3. Phase 3: Education and ecological assessment
4. Phase 4: Administrative and policy assessment

PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

5. Phase 5: Implementation
6. Phase 6: Process evaluation

7. Phase 7: Impact evaluation
8. Phase 8: Outcome evaluation

Model MATCH (Multilevel approach to community health)

1. Goal selection
2. Intervention planning
3. Program development
4. Implementation preparation
5. Evaluation

Pemetaan intervensi

1. Needs assessment
2. Matrices Theory - based methods and practical strategies
3. Program
4. Adoption and implementation plan
5. Evaluation plan

Model Kesiapan komunitas

Struktur pendukung:

1. Termasuk advokasi dalam komunitas
2. Dukungan dari pemangku kepentingan utama
3. Mempromosikan program
4. Program untuk populasi yang dikembangkan.
5. Personil yang akan melaksanakan program yang dilatih

Evaluasi

1. Dalam evaluasi proses, termasuk kelayakan, penerimaan, berdampak pada hasil belajar yang dilakukan.
2. Dalam evaluasi dampak, termasuk perubahan lingkungan, perilaku, variabel teoritis, dan variabel kognitif seperti pengetahuan dan sikap yang dilakukan.
3. Dalam evaluasi hasil, ada perubahan status kesehatan yang dinilai.

11.5 Pemangku Kebijakan Dalam program promosi kesehatan

Dalam program promosi kesehatan diawali dengan perencanaan kemudian dilaksanakan dan dievaluasi tingkat keberhasilannya program tersebut, pada langkah awal diketahui terlebih dahulu siapa saja yang menjadi pemangku kepentingan terkait dengan masalah kesehatan yang sedang menjadi bahan pertimbangan. Stakeholder merupakan orang dan organisasi yang memiliki kepentingan dalam kesehatan pada masyarakat tertentu. Dalam program promosi kesehatan yang akan dilaksanakan, hal yang tidak kalah penting adanya peserta program, yang disebut masyarakat prioritas seperti siswa, mahasiswa, karyawan, masyarakat, pasien.

Program ini bermanfaat bagi masyarakat yang bekerja untuk menangani masalah kesehatan. pengggagas promosi kesehatan harus dianggap sebagai pemangku kepentingan utama, secara tradisional istilah pemangku kepentingan mengacu pada kelompok pemangku kepentingan lain yang juga memiliki kepentingan dalam suatu program seperti masyarakat atas, bisnis, atau pemimpin kesehatan di komunitas. Stakeholders dalam program promosi kesehatan merupakan orang-orang yang ikut serta langsung maupun tidak langsung dalam program promosi kesehatan.

Dalam program promosi kesehatan penerapan istilah stakeholder untuk Staf, pemangku kepentingan akan mencakup staf, supervisor, dan pemilik. Pemangku kepentingan lainnya mungkin termasuk sponsor/ penyanggah dana, anggota keluarga staf, pelanggan, dan penyedia jasa layanan kesehatan, serta asuransi kesehatan. Kelompok pemangku kepentingan sering memiliki keinginan yang sama dalam program tetapi mungkin memiliki tujuan yang berbeda; misalnya, karyawan dan supervisor sama-sama menginginkan karyawan sehat dan produktif. Namun, satu kelompok mungkin menginginkan waktu istirahat selama hari kerja untuk aktivitas fisik dan olahraga, sementara yang lain mungkin lebih suka karyawan berolahraga sebelum atau sesudah bekerja (Fertman and Allensworth, no date).

Mengacu pada Deklarasi Promosi kesehatan untuk perkembangan program promosi kesehatan pentingnya keterlibatan dari berbagai pihak seperti pihak pemerintah sebagai stakeholder, praktisi kesehatan, akademisi dari perguruan tinggi dan swasta. program promosi kesehatan dapat membantu masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan dan pemeliharaan kesehatan masyarakat

secara menyeluruh dengan penerapan program promosi kesehatan berdasarkan komponen promosi kesehatan dan tempat pelaksanaan dengan pendekatan model- model dalam program promosi kesehatan.

Daftar Pustaka

- Aep Nurul Hidayah (2015) 'Prinsip prinsip pendidikan kesehatan', in.
- Ajen, I. (2005) Attitudes, personality and behaviour. Second edi. England: Open University Press.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (2000) 'Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes', *European Review of Social Psychology*, 11(1), pp. 1–33. doi: 10.1080/14792779943000116.
- Alamsyah, D. dan M. R. (2013). *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* (Isna (ed.); 1st ed.). Nuha Medika.
- American Nurses Association (1995) ANA position statement.
- Aulia Faris Akbar (2012) 'BAB II TINJAUAN PUSTAKA 2.1 Definisi pengetahuan, sikap, dan perilaku', *Definisi Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku*, pp. 1–23.
- Badura, B. and Kickbusch, I. (1991) 'Health promotion research. Towards a new social epidemiology. Introduction.', *World Health Organization Regional Publications - European Series*, 37(37), pp. 1–6.
- Bartlett, J. and (no date) 'System Foundations', *Belief, Values and Health*, (Chapter 2).
- Bastable, S. . (2008) *Nurse as Educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Canada: Jones and Bartlett.
- Bhuyan, K. K. (2004) 'Elements of a proposed programme in the developing countries', 12, pp. 1–12.
- Blum, H. (1981). *Planning for Health: Generics for the Eighties*. 2nd ed. New York: Human Sciences Press.

- Budiarto, Eko dan Dewi Anggraeni. (2003). "Pengantar Epidemiologi. Edisi 2" Jakarta : EGC.
- Bustan, M.N. (2007). "Epidemiologi Penyakit Tidak Menular" Jakarta : Rineka Cipta.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2020). Frequently Asked Questions | Social Determinants of Health | NCHHSTP | CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/faq.html> (Accessed: 4 February 2021).
- Clark DW, MacMahon B. (1967). "Preventive medicine". Boston, MA: Little, Brown & Co
- Coe, G. and Beyer, D. (2014) 'The imperative for health promotion in universal', 2(1), pp. 10–22.
- Conner, M. (2015) 'Health Behaviors', International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition, (December), pp. 582–587. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.14154-6.
- Dan, B. et al. (2019) 'Nursing News Volume 4, Nomor 1, 2019', 4.
- Day, S., Dort, pauline Van and Tay-Teo, K. (2010) Improving participation in cancer screening programs: A review of social cognitive models, factors affecting participation, and strategies to improve participation. Melbourne: Victorian Cytology Service.
- Definition, C. & Tasks, P., Mass prophylaxis. , pp.479–492.
- Denman, S., Moon, A. and Parsons, C. (2002) The health promoting school: policy, research and practice. Psychology Press.
- Dever , G.E.Alan. (1984). "Epidemiology in health services management". Aspen publication, Maryland: Rochville.
- Edelman, C. L. and Kudzma, E. C. (2018) Health promotion: Throughout the life span. Ninth edit. Massachusetts: Elsevier.
- Effendi, F. (2009) 'Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek Dalam Keperawatan', Jakarta: Salemba Medika.
- Fertman (2010) 'Procede-proceede', 53(9), pp. 1689–1699.
- Fertman, C. I. and Allensworth, D. D. (no date) HEALTH PROMOTION.

- Fortune, K. et al. (2018) 'Health promotion and the agenda for sustainable development , WHO Region of the Americas', (February), pp. 621–626.
- Gidey, G. & Sc, M., (2005). Introduction to Public Health.
- Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (2008) Health Behavior and Health Education: Theory, Research, adn Practice. 4th ed. Jossey-Bass.
- Gochman, D. S. (1988) 'Health Behavior: Plural Perspectives', Health Behavior: Emerging Research Perspectives, pp. 3–26.
- Green, L.W. and Kreuter, M. W. (2005). Precede-proceed. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th edn. New York: McGraw-Hill.
- Hasnidar et al. (2020) Ilmu kesehatan masyarakat. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Hasnidar et al. (2020) Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yayasan Kita Menulis.
- Hikmawati, I. (2011). Promosi Kesehatan Untuk Kependidikan (1st ed.). Nuha Medika.
- Hills, M. and Carroll, S. (2009) 7.3 Health promotion, health education, and the public's health, Oxford Textbook of Public Health. doi: 10.1093/med/9780199218707.003.0045.
- Hulu, V. T. et al. (2020) Promosi kesehatan masyarakat. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Ii, P. (no date) 'Determinants of Health Part II Race'.
- Irwan (2017) Etika dan Perilaku Kesehatan.
- Irwan. (2020). "Ilmu Kesehatan Masyarakat" Yogyakarta : CV. Absolut Media.
- Janz, N. K. and Becker, M. H. (1984) 'The Health Belief Model: A Decade Later', Health Education & Behavior. doi: 10.1177/109019818401100101.
- Jatmika, S. . et al. (2019) Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan. K-Media.
- Johannesen, E. et al. (2007) 'Survey based estimation of consumption: spatial and seasonal aspects of cod predation on shrimp.', NAFA SCR Document, p. 17.

- Kamus Besar Bahasa Indonesia. (Januari 2020). KBBI. Von Kamus Besar Bahasa Indonesia: [https://kbbi.web.id/metode abgerufen](https://kbbi.web.id/metode%20abgerufen)
- KBBI (2016) 'Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)', Kementerian Pendidikan dan Budaya.
- Kedokteran, F., Udayana, U. and Pengantar, K. (2016) 'BAHAN AJAR PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM'.
- Kemenkes (2016) 'Rencana Aksi Kegiatan Pusat Analisis Determinan Kesehatan 2016-2019', pp. 1–18. Available at: [https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/Laporan/Rencana kinerja/RENCANA-AKSI-KEGIATAN-\(RAK\)-2015-2019-revisi.pdf](https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/Laporan/Rencana%20kinerja/RENCANA-AKSI-KEGIATAN-(RAK)-2015-2019-revisi.pdf).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2005). Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan Dan Pencegahan Penyakit.
- Kholid, A. (2018) Promosi Kesehatan dengan pendekatan teori perilaku, media, dan aplikasinya, Raja Grafindo Persada.
- Kleinbaum, David G, L.L.Kupper, and Hall Morgenstern. (1982). *Epidemiologic Research, Principles and Quantitative Methods*. California : Life time Learning Publications, Belmont.
- Knollmueller, R. N. and Blum, H. L. (1975) 'Planning for Health; Development and Application of Social Change Theory', *The American Journal of Nursing*, 75(8), p. 1388. doi: 10.2307/3423644.
- Kriswanto, E. S. (2012) 'Konsep, proses, dan aplikasi dalam pendidikan kesehatan', Yogyakarta: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta.
- Lee, C. Y. et al. (2009) 'Development of a community health promotion center based on the World Health Organization ' s Ottawa Charter health promotion strategies', pp. 83–90. doi: 10.1111/j.1742-7924.2009.00125.x.
- Lin et al. (2005) 'The health belief model, sexual behaviors and HIV risk among Taiwanese immigrants', *AIDS Education and Prevention*, 17(5), pp. 469–483.

- Madolan, A. (03. Agustus 2017). MITRA KESMAS. Von Mitrakesmas.com: <https://www.mitrakesmas.com/2017/08/jenis-jenis-metode-promosi-kesehatan.html> abgerufen
- Makhfudli & Efendi, F., (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Masyarakat, F. K. and Airlangga, U. (2016) 'SITUASI STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DI VICO INDONESIA , TAHUN 2016 VICO INDONESIA HEALTH PROMOTION STRATEGY SITUATION IN 2016', pp. 93–104.
- Maulana, H. D. J., (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Maulana, Heri D.J (2009) *Promosi kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mcqueen, D. V and Salazar, L. D. E. (2011) 'Health promotion , the Ottawa Charter and “ developing personal skills ”: a compact history of 25 years', 26, pp. 194–201. doi: 10.1093/heapro/dar063.
- Medicine, I. of (2001) *Health and Behavior:the Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. USA.
- Modul Bahan Ajar Keperawatan. (Desember 2016). Pusdik SDM Kesehatan. Von [bppsdmk.kemkes.go.id: http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/modul-bahan-ajar-tenaga-kesehatan/](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/modul-bahan-ajar-tenaga-kesehatan/) abgerufen
- Mubarak, W. I. (2012). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan* (P. Puji Lestari (ed.); 1st ed.). Salemba Medika.
- Mubarak, W. I. and Chayatin, N. (2009) 'Ilmu kesehatan masyarakat: teori dan aplikasi', Jakarta: Salemba Medika, 393.
- Nies, M. . and McEwen, M. (2015) *Community/ Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. 6th edn. Elsevier.
- Noor, Nur Nasry. (2008). "Epidemiologi" Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo et al (2013) *Promosi Kesehatan Global*, Jakarta Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2005) *promosi Kesehatan Teori dan aplikasi* Jakarta Rineka Cipta.
- Notoatmodjo et al (2012) *promosi kesehatan disekolah*, Jakarta Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2003a) 'Pendidikan dan perilaku kesehatan', Jakarta: rineka cipta, 16, pp. 15–49.
- Notoatmodjo, S. (2003b) 'Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat', Jakarta: Rineka Cipta, 10.
- Notoatmodjo, S. (2007) 'Promosi kesehatan dan ilmu perilaku', Jakarta: rineka cipta, 20.
- Notoatmodjo, S. (2010) 'Promosi Kesehatan dan IlmuPerilaku, Rineka Cipta'. Jakarta.
- Notoatmodjo, S., (2012). Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmala, I., (2018). Promosi Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nursalam, N. and Efendi, F. (2008) 'Pendidikan Dalam Keperawatan Education in Nursing'. Salemba Medika.
- Pender, N., Murdaugh, C. and Parsons, M. A. (2019) Health Promotion in Nursing Practice Seventh Edition, Pearsons Education, Inc.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice. New Jersey: Pearson Education, Inc.,.
- Pierce, W. David; Cheney, C. D. (2013) Behavior Analysis and Learning. 5 th ed, Behavior Analysis and Learning. 5 th ed. New York: Psychology Press.
- Potter, P. A. & Perry, A. G., (2017). Fundamental Of Nursing. 9th Hrsg. Singapore: Elsevier.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2010) Fundamental Keperawatan. 7th edn.
- R, P. et al. (2008) Social determinants of health behaviours: Finbalt Health Monitor 1998-2008. Available at: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4763>.
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Republik Indonesia.
- Rochmah, W., Prabandari, Y. S. and Setyawati, L. K. (no date) 'Pengaruh Promosi Kesehatan di Tempat Kerja Secara Multilevel terhadap Perilaku Pekerja dengan Sindroma Metabolik'.
- Sanjaya, W. (2006) Pembelajaran dalam implementasi kurikulum berbasis kompetensi. Kencana.

- Siregar, P. A. (2020) Diktat Dasar Promkes.
- Siregar, P. A., Harahap, R. A. & Aidha, Z., (2020). Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori dan Aplikasi. 1st Hrgs. Jakarta: Kencana.
- Skinner, B. F. (1938) The Behaviour of Organisms, American Psychologist.
- Snelling, A. (2014) Introduction to Health Promotion. United States of America: Jossey-Bass.
- Sukistinah. (04. Oktober 2014). SlideShare. Von SlideShare.net: <https://www.slideshare.net/Sukistinah/metode-promosi-kesehatan> abgerufen
- Suliha, U., Herawani, S. and Resnayati, Y. (2002) 'Pendidikan kesehatan dalam keperawatan', Jakarta: EGC.
- Susilawaty, A., Saleh, M. and Bashar, M. Z. (2019) 'Health Belief Model Pada Penderita Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Mamajang Kota Makassar', Higiene, 5(3), pp. 148–157.
- Susilowati, D. (2016) Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan. Cetakan pertama. Jakarta: PPSDM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Susilowati, D. (2016) Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Susilowati, D., (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan "Promosi Kesehatan". Jakarta: Kemenkes RI.
- Syafruddin, Theresia, J. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat (Jusirman (ed.); I). CV Trans Info Media.
- Tannahill, A. (2009). 'Health promotion: the Tannahill model revisited (DOI:10.1016/j.puhe.2008.05.009)', Public Health. W.B. Saunders, pp. 396–399. doi: 10.1016/j.puhe.2008.05.021.
- Tasnim, T. and Lusida, M. I. (2020) 'The relationship between cadre's capacity and assessing to the fast food seller's performance in food hygiene and sanitation in Mokoau Primary Health Care, Kendari City', Infectious Disease Reports, 12(1), p. 8765. doi: 10.4081/idr.2020.8765.

- Teo, T. and Lee, C. B. (2010) 'Examining the efficacy of the theory of planned behavior (TPB) to understand pre-service teachers' intention to use technology', in *Ascilite 2010 Sydney*. Sydney: Concise, pp. 968–972.
- Tiraihati, Z. W., (2017). Analisis Promosi Kesehatan Berdasarkan Ottawa Charter di RS Onkologi Surabaya. *Jurnal Promkes*, 5(1), pp. 1-11.
- Trisnowti H (2018) *Pereencanaan Program Promosi Kesehatan* . Yogyakarta, ANDI
- US Departement of Health and Human Service. (2021). Social Determinants of Health - Healthy People 2030 | [health.gov](https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health). Available at: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health> (Accessed: 4 February 2021).
- Wacker, R. R. (1990) 'The Health Belief Model and preventive health behavior : an analysis of alternative models of causal relationships', *Retrospective Theses and Dissertations*.
- World Health Organization (2006) 'Inequalities in Young People's Health', *World Health*, (5), pp. 1–224.
- World Health Organization (WHO). (2010). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Available at: http://www.who.int/social_determinants/ (Accessed: 4 February 2021).
- World Health Organization (WHO). (2017). Determinants of health. Available at: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health> (Accessed: 4 February 2021).
- World Health Organization. (16. Juni 2012). Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Von World Health Organization: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> abgerufen
- World Health Organization. (1958). 'The First ten years of the World Health Organization'.
- World Health Organization. (2017). Promoting health in the SDGs. Shanghai: World Health Organization.

Biodata Penulis



Ns. Martina Pakpahan, S. Kep., M.K.M lahir di Jakarta, 26 Januari 1986. Penulis menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2008 dan pendidikan Profesi Ners pada tahun 2009 dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Pada tahun 2016, penulis menamatkan pendidikan magister kesehatan masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI). Penulis pernah bekerja sebagai perawat di Rs. Jantung dan Pembuluh darah Harapan Kita (2009-2017). Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan (UPH) dengan mata kuliah yang diampu yaitu; Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Health Promotion and Behaviour, Communication in Healthcare, Introduction Nursing Process and Theory, Riset dan Statistik. Penulis juga aktif di Fakultas sebagai sekretaris Research, Community Service and Training Committee (RCTC) dan Editor Nursing Current Jurnal Keperawatan UPH. Beberapa buku yang telah dihasilkan penulis, berkolaborasi bersama penulis lainnya yaitu; Belajar dari Covid-19: Perspektif Ekonomi & Kesehatan (2020), Ilmu Obstetri dan Ginekologi untuk Kebidanan (2020), Konsep Dasar Keperawatan (2020), Gizi Kesehatan dan Penyakit (2020), Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan (2020), Asuhan Keperawatan Pada Kebutuhan Dasar Manusia (2020), Ilmu Kesehatan Anak (2020), Surveilans Kesehatan Masyarakat (2020), Keperawatan Keluarga (2020), Keperawatan Komunitas (2020), dan Penyakit Berbasis Lingkungan (2021).



Ns. Deborah Siregar, S.Kep., M.K.M. Lahir di Tarutung, 19 Juli 1987, menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran (2005-2010). Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (2014-2016). Saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan sejak tahun 2016 dengan mata kuliah yang diampu adalah Keperawatan Komunitas Keluarga, Health Promotion Behavior, dan Introduction Nursing Process and Theory. Aktif menjadi editor dalam Nursing Current Jurnal Keperawatan UPH. Buku kolaborasi yang telah

dihasilkan bersama penulis lainnya adalah Anatomi dan Fisiologi untuk Mahasiswa Kebidanan (2020), Konsep Dasar Keperawatan (2020), Gizi Kesehatan dan Penyakit (2020), Surveilans Kesehatan dalam Kondisi Bencana (2020), Surveilans Kesehatan Masyarakat (2020), Asuhan Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia (2020), Ilmu Kesehatan Anak (2020), Keperawatan Keluarga (2020), Keperawatan Komunitas (2020), Penyakit Berbasis Lingkungan (2021), dan Keperawatan Bencana (2021).



Andi Susilawaty, lahir di Parepare-Sulawesi Selatan pada 14 Januari 1980. Berasal dari keluarga sederhana yang berkultur suku Bugis. Mengenyam pendidikan formal di SD Neg. 28 Pare-pare, sejak 1985 hingga lulus tahun 1991. Selanjutnya meneruskan sekolah di SMP Negeri 3 Pare-pare, tamat tahun 1994, kemudian menapak jenjang lanjutan di SMU Negeri 1 Pare-pare, tamat tahun

1997. Kuliah di Jurusan Biologi Fakultas MIPA Universitas Hasanuddin sejak tahun 1997. Di sini ia mulai menekuni berbagai aspek alamiah alam semesta. Kecintaan pada lingkungan hidup mendorongnya mulai berkarir sebagai freelancer konsultan Dokumen Pengelolaan Lingkungan pada BAPEDALDA Kota Makassar sejak menyelesaikan Sarjana Sains Biologi pada tahun 2002. Setahun kemudian, ia melanjutkan studi pada jenjang strata dua konsentrasi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Setelah lulus S2 pada tahun 2005, penulis berhasil diterima sebagai Tenaga Pengajar pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang

ditekuninya hingga saat ini. Pendidikan strata tiga ditempuh penulis ditengah kesibukan tugas dan tanggungjawab sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat UIN Alauddin Makassar periode 2009-2013. Program pendoktoran dilalui penulis selama 4 tahun 3 bulan pada Program Studi Ilmu Kedokteran-Konsentrasi Kesehatan Masyarakat sejak September 2010 hingga mencapai gelar Doktor pada tahun Januari 2015. Selama kurang lebih 13 tahun penulis berkiprah sebagai dosen, penulis pernah mengikuti Program Short Course di Griffith University, Brisbane pada tahun 2008-2009, Short Course Advocacy and Community Enggagement di Coady Institute, StFX University Canada pada tahun 2011, pada tahun yang sama menjadi peserta Program Internship pada ICES di Toronto Canada. Lalu kembali menginjakkan kaki di Canada selama 10 minggu pada tahun 2016 sebagai peserta Short Course Community Based Research di Center for CBR University of Toronto. Selepas meraih gelar Doktor, penulis diamanahi sebagai Wakil Dekan Bidang Administrasi Umum dan Keuangan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar periode 2015-2019. Saat ini penulis aktif dalam kegiatan mengajar, meneliti dan menulis buku. Beberapa buku yang telah ditulis: 1. Sejarah Kesehatan Masyarakat (2007); 2. Penyediaan Air Bersih (2009); 3. Dasar Kesehatan Lingkungan (2012); 4. Kesehatan Lingkungan Pesisir dan Pulau Kecil (2015); 5. Ilmu Kesehatan Masyarakat (2020), dll.



DrPH. Tasnim, SKM., MPH, lahir di Gresik, Jawa Timur pada tanggal 09 Mei 1966. Menyelesaikan studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Bidang Studi Promosi Kesehatan di Universitas Hasanuddin, Makassar pada tahun 1995. Menjadi alumnus Master of Public Health di Flinders University, Australia pada tahun 2009 dan menyelesaikan program Doctor of Public Health di Flinders University, Australia pada tahun 2014.

Sejak tanggal 19 November 2020 menjabat sebagai Rektor Universitas Mandala Waluya yang berada di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara. Memulai karir di International Non-Government Organization untuk program Community Development and empowerment di CARE International Indonesia untuk periode tahun 1990 – 2001 dan di Lembaga AusAID untuk periode tahun 2001-

2007. Menjadi dosen di STIKES Mandala Waluya Kendari sejak tahun 2010 yang saat ini sudah berubah menjadi Universitas Mandala Waluya.



Dr. Mustar. A.Per.Pen., M.Kes lahir di Majene, 01 Desember 1964, telah melaksanakan pengabdian pertama di Puskesmas pada tahun 1986 - 1992, dan pada tahun 1993 - 2001 bertugas sebagai Guru SPK Dep. Kes Ujung Pandang, tahun 2002 - 2006 bertugas di Akper Pemda Majene, tahun 2007 - 2009 Dosen di Unsulbar, tahun 2010 hingga sekarang tercatat sebagai Dosen Lembaga Layanan Dikti Wilayah IX Sulawesi dengan DPK pada Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara, Bone. Menyelesaikan Pendidikan Program DIV Keperawatan Komunitas pada Universitas

Airlangga Surabaya pada tahun 1999. Selanjutnya menyelesaikan program Magister pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan pada Universitas Hasanuddin pada tahun 2007, dan terakhir mendapatkan gelar Doktor Bidang Sosiologi Konsentrasi Sosiologi Kesehatan pada Universitas Negeri Makassar pada tahun 2015.



Radeny Ramdany, SKM, M.Kes. Lahir di Bone, 16 April 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2010, kemudian menyelesaikan pendidikan Magister (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2012.

Penulis memulai karir sebagai staf pengajar di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong tahun 2012. Tahun 2015 dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Gizi. Selain sebagai Ketua

Jurusan, penulis juga sebagai Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Sorong, reviewer jurnal di Jurnal Ilmiah Poltekkes Kemenkes Sorong dan asessor BKD tingkat nasional. Penulis banyak melakukan penelitian yang karya ilmiahnya telah diterbitkan di jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional terindeks scopus. Saat ini penulis

tergabung dalam Asosiasi Dosen Indonesia (ADI). Tahun 2019 meraih penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Poltekkes Kemenkes Tingkat Nasional.



Ns. Evanny Indah Manurung, M. Kep., Lahir di Lubuk Sikaping, 6 April 1990, menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran (2008-2013). Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2017-2020). Pernah bekerja sebagai perawat di Bethsaida Hospital Tangerang (Februari 2014-Oktober 2014). Kemudian bekerja di

Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan sebagai Clinical Educator (2014-2020), dan sekarang bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan dengan mata kuliah yang diampu, yaitu Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Keluarga. Aktif melakukan pengabdian kepada masyarakat, dan memiliki publikasi prosiding international dan nasional.



Efendi Sianturi, SKM., MKes, lahir di Rajamalgas pada tanggal 16 Juli 1966. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 1997. Ia merupakan alumnus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Pada tahun 1998 diangkat PNS di Balai Pelatihan Kesehatan Pekan baru. Tahun 2001 pindah tugas ke Akademi Kebidanan Depkes RI Medan sebagai dosen. Pada tahun 2002 mengikuti Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2004 dari Pasca sarjana Magister Kesehatan Masyarakat

Universitas Sumatera Utara . Pada tahun 2005 Akademi Kebidanan beralih menjadi Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan dan sampai saat ini dosen di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Kebidanan Medan. Tahun 2018 mengikuti Program S3 di Manajemen Pendidikan Universitas Negeri Medan. Sudah banyak menulis buku : Organisasi & Manajemen Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Masyarakat, Bunga Rampai

Ekonomi dan Pembiayaan Pendidikan (berkolaborasi) Manajemen Sumber Daya Manusia (Berkolaborasi), Belajar dari Covid-19 Perspektif Ekonomi & Kesehatan (Berkolaborasi), Kita Menulis Merdeka Menulis (Berkolaborasi), Gizi & Kesehatan (Berkolaborasi).Kesehatan Lingkungan (Berkolaborasi)



Marianna Rebecca Gadis Tompunu, BSN., MPH.

Lahir di Manado, 21 Januari 1987, Wanita yang kerap disapa Gadis ini adalah anak dari pasangan Alm. Ferry J. Tompunu (ayah) dan Henny L. Pesik (ibu). Pada tahun 2004 Gadis memulai perjalanannya di dunia keperawatan dengan menempuh pendidikan Bachelor in Science of Nursing (BSN) di Adventist University of the Philippines, Manila, Silang Cavite, Filipina. Dengan gelar BSN yang di dapat Gadis memiliki kesempatan untuk terjun langsung dalam dunia keperawatan dengan bekerja sebagai perawat di

ruang operasi disalah satu Rumah sakit swasta yang ternama di Indonesia. Pada Tahun 2012 Gadis melanjutkan pendidikannya ke jenjang yang lebih tinggi di almamater yang sama dimana ia menyelesaikan Pendidikan strata satunya, dan meraih gelar Master in Public Health (MPH) pada tahun 2017 setelah melahirkan putri pertamanya. Perjalanan karirnya berubah dari dunia keperawatan ke dunia Pendidikan keperawatan. Gadis menjabat sebagai wakil direktur bidang Akademik di Yayasan Andalusia untuk merintis perjalanan awalnya di dunia Pendidikan. Saat ini ia bekerja sebagai dosen pengajar di Universitas Pelita Harapan dengan konsentrasi mata ajar pada lingkup Keperawatan Komunitas.



Yenni Ferawati Sitanggang, BN., MSN-Palliative Care lahir di Jakarta 17 Februari 1983. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di STIKES Binawan Jakarta (2004-2005) yang setelah itu melanjutkan Bachelor of Nursing di University of Technology Sydney-Australia (2006-2007) dan mendapatkan teregistrasi Registered Nurse pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan studi Master of Nursing di Sophia Hemmet University Stockholm-Sweden dengan kekhususan Perawatan

Paliatif (Palliative Care) tahun 2015-2016. Saat ini penulis bekerja di Universitas Pelita Harapan sebagai dosen pengajar sejak 2016. Mata kuliah utama yang diampu oleh penulis antara lain Keperawatan Paliatif, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Komunitas Keluarga. Penulis aktif mengikuti berbagai Konfrens keperawatan, melakukan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat serta memiliki beberapa publikasi pada jurnal nasional dan prosiding internasional. Adapun beberapa hasil buku yang ditulis oleh penulis dalam kolaborasi dengan penulis lain melalui Yayasan Kita Menulis adalah: Anatomi dan Fisiologi untuk Kebidanan (2020), Asuhan Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia (2020), Konsep Dasar Keperawatan (2020), Ilmu Kesehatan Anak (2020), Keperawatan Keluarga (2020), Keperawatan Komunitas (2020).



Maisyarah. M., lahir di Aceh Tengah 19 Juni 1975, lulusan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi saya akrab dipanggil May, anak dari pasangan Muhammad (Ayah) dan Murni (Ibu), saya selain menjadi dosen pada programa studi Ilmu kesehatan masyarakat juga aktif di Bisnis Digital walaupun tidak sebidang dengan keilmuan saya tapi merupakan sebuah tantangan enterprenuer yang luar biasa dan sangat

menarik untuk di pelajari, namun menjadi dosen di Public Health adalah prioritas saya sekaligus ibu bagi putra- putra saya, sebab tidak ada yang tidak mungkin didunia ini semasih mau belajar dan punya semangat yang tinggi.

PROMOSI KESEHATAN & PERILAKU KESEHATAN

Promosi kesehatan masih menjadi primadona dan strategi kunci upaya kesehatan dalam peningkatan kesehatan individu, keluarga ataupun komunitas. Hal tersebut dapat dilakukan dalam semua rentang kehidupan, dalam rentang sehat-sakit dan di berbagai tatanan. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus meningkatkan kesehatan melalui perubahan perilaku namun juga mengoptimalkan seluruh faktor yang memengaruhi (determinan) kesehatan untuk turut mendukung peningkatan kesehatan. Optimalisasi peran determinan sosial kesehatan dalam peningkatan kesehatan menjadi fokus program Healthy People 2030.

Keterkaitan konsep, teori dan aplikasi mengenai Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan dibahas secara komprehensif dan disusun menjadi 11 bab, yaitu:

1. Konsep dan Perkembangan Promosi Kesehatan
2. Konsep Perilaku Kesehatan
3. Determinan Perilaku Kesehatan
4. Model-Model Promosi Kesehatan
5. Ruang Lingkup dan Prinsip Promosi Kesehatan
6. Tiga Level Pencegahan Pada Berbagai Tatanan
7. Strategi Promosi Kesehatan
8. Pendidikan Kesehatan
9. Metode dalam Promosi Kesehatan
10. Pengembangan Media dalam Promosi Kesehatan
11. Program Promosi Kesehatan di Indonesia dan Dunia



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-6640-73-3

