

# **DASAR PROMOSI KESEHATAN**

**Dr. Rosdiana, SKM., M. Kes.**



**Penerbit CV Kaaffah Learning Center**

## **Dasar Promosi Kesehatan**

**Penulis:** Dr. Rosdiana, SKM., M. Kes  
**ISBN:**978-623-260-188-8

**Editor:** @Guru Awal  
**Penata Letak:** @Tim Kaaffah  
**Desain Sampul:** @Sapriadi

Copyright © Rosdiana 2022  
x +199 hlm 15 x 24 cm  
Cetakan I, November 2022

### **Titik Akses**

<https://kaaffahlearningcenter.com>  
<https://www.tokopedia.com/archive-kaaffahbook>

### **Anggota IKAPI, Jakarta**

Diterbitkan oleh  
**CV. KAAFFAH LEARNING CENTER**  
Kompleks Griya Bumi Harapan Permai B44  
Jl. Syamsu Alam Bulu, Parepare, Sulawesi Selatan  
Telp/Fax. 0421-2914373  
E-mail. kaaffahlearningcenter@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam  
bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin  
tertulis dari penerbit.

---

Dicetak oleh Percetakan CV. Kaaffah Learning Center,  
Parepare

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Swt, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini. Selawat dan salam penulis panjatkan kepada pimpinan kita nabi besar Mahammad saw beserta keluarga dan umatnya.

Promosi kesehatan merupakan ilmu mengenai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik berwawasan kesehatan.

Dalam rangka meningkatkan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat, ada beberapa faktor yang harus diperhatikan. Antara lain; lingkungan, sosial budaya, politik, ekonomi dan keturunan. Faktor-faktor tersebut saling berkaitan dan memengaruhi satu sama lain dalam menentukan kondisi kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat.

Buku ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi pembaca mengenai upaya pencegahan penggunaan narkoba melalui promosi kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Penulis menyadari bahwa buku ini tidak luput dari kekurangan, kritik dan saran yang membangun kami nantikan.

Samarinda, November 2022

Penulis,

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I</b>	
<b>PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU</b>	
<b>PERILAKU .....</b>	<b>1</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	1
B. Materi.....	1
1. Kesehatan .....	1
2. Indikator Kesehatan .....	3
3. Upaya Kesehatan Masyarakat.....	5
4. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat .....	7
C. Soal Latihan .....	8
D. Daftar Pustaka.....	9
<b>BAB II</b>	
<b>SEJARAH PENDIDIKAN KESEHATAN</b>	
<b>MASYARAKAT .....</b>	<b>11</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	11
B. Materi.....	11
1. Sejarah Pendidikan Kesehatan Masyarakat .....	11
2. Kesepakatan Internasional Promosi Kesehatan.....	12
3. Promosi Kesehatan di Indonesia .....	17
4. Arah Kebijakan RENSTRA 2015-2019.....	19
C. Rangkuman .....	20
D. Evaluasi.....	21
E. Daftar Pustaka.....	21
<b>BAB III</b>	
<b>KONSEP PROMOSI KESEHATAN.....</b>	<b>23</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	23
B. Materi.....	23
1. <i>Healthy Public Policy</i> .....	23
2. <i>Community Action</i> .....	28
3. <i>Supportive Environment</i> .....	32

4. <i>Reorient Health Service</i> .....	35
5. <i>Developing Personal Skill</i> .....	36
C. Rangkuman .....	37
D. Evaluasi.....	37
E. Daftar Pustaka.....	38
<b>BAB IV</b>	
<b>PRINSIP-PRINSIP PROMOSI KESEHATAN .....</b>	<b>39</b>
A. Tujuan Pembelajaran.....	39
B. Materi.....	39
1. Pengertian Promosi Kesehatan.....	39
2. Tujuan Promosi Kesehatan .....	39
3. Sasaran Promosi Kesehatan .....	40
4. Jenis-Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan .....	40
5. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan.....	41
C. Rangkuman .....	43
D. Evaluasi.....	43
E. Daftar Pustaka.....	43
<b>BAB V</b>	
<b>ADVOKASI PROMOSI KESEHATAN.....</b>	<b>45</b>
A. Tujuan Pembelajaran.....	45
B. Materi .....	45
1. Pengertian.....	45
2. Prinsip Dasar Advokasi.....	49
3. Metode dan Teknik Advokasi .....	51
4. Argumentasi Untuk Advokasi.....	51
5. Unsur Dasar Advokasi .....	53
6. Pendekatan utama Advokasi .....	56
7. Mekanisme dan Metode Advokasi.....	57
8. Langkah-Langkah Advokasi .....	58
C. Rangkuman .....	59
D. Evaluasi.....	60
E. Daftar Pustaka.....	61
<b>BAB VI</b>	
<b>KEMITRAAN .....</b>	<b>63</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	63
B. Materi.....	63
1. Definisi Kemitraan.....	63

2.	Prinsip-Prinsip Kemitraan.....	65
3.	Unsur Pokok dalam Kemitraan .....	65
4.	Jenis Kemitraan .....	66
5.	Peran Mitra.....	66
6.	Langkah Memberikan kemitraan Tahap Membangun Kemitraan.....	67
7.	Jenjang Kemitraan.....	67
8.	Keberhasilan Kemitraan.....	68
9.	Evaluasi Kemitraan .....	69
C.	Rangkuman .....	70
D.	Evaluasi.....	71
E.	Daftar Pustaka.....	71

## **BAB VII**

### **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT ..... 73**

A.	Tujuan Pembelajaran .....	73
B.	Materi.....	73
1.	Pengertian.....	73
2.	Tujuan Pemberdayaan Masyarakat .....	74
3.	Prinsip Pemberdayaan Masyarakat .....	76
4.	Ciri-ciri Pemberdayaan Masyarakat .....	78
5.	Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat .....	79
6.	Sasaran Pemberdayaan Masyarakat .....	80
7.	Jenis-Jenis Pemberdayaan Masyarakat .....	81
8.	Peran Serta Masyarakat Upaya UKBM .....	82
C.	Rangkuman .....	84
D.	Evaluasi.....	84
E.	Daftar Pustaka.....	84

## **BAB VIII**

### **METODE DAN MEDIA PROMOSI**

#### **KESEHATAN ..... 87**

A.	Tujuan Pembelajaran .....	87
B.	Materi.....	87
1.	Metode Promosi Kesehatan Masyarakat .....	87
2.	Media Promosi Kesehatan .....	90
C.	Rangkuman .....	109
D.	Evaluasi.....	110

E. Daftar Pustaka.....	111
<b>BAB IX</b>	
<b>DETERMINAN DAN PERUBAHAN</b>	
<b>PERILAKU .....</b>	<b>113</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	113
B. Materi.....	113
1. Pengenalan .....	114
2. Perhatian.....	118
3. Tanggapan.....	121
4. Fantasi .....	121
5. Ingatan.....	122
6. Berpikir (Pengenalan Melalui Akal) .....	125
7. Emosi (Gejala-Gejala Perasaan) .....	127
8. Faktor-Faktor Emosi .....	127
9. Reaksi Emosi.....	128
10. Pengaruh Emosi .....	130
11. Konasi (Psikomotor) .....	131
12. Faktor Internal Perilaku (Sifat Khas Individu).....	131
C. Rangkuman .....	132
D. Evaluasi.....	133
E. Daftar Pustaka.....	133
<b>BAB X</b>	
<b>TEORI PERUBAHAN PERILAKU .....</b>	
<b>135</b>	
A. Tujuan Pembelajaran .....	135
B. Materi.....	135
1. Teori H. L Blum.....	135
2. Teori Precede-Proced.....	146
3. Teori S-O-R.....	155
4. Teori Health Belief Model (HBM) .....	156
5. <i>Social Cognitive Theory</i> (Teori Sosial Kognitif).....	159
6. Teori Perilaku Terencana ( <i>Theory         of Planned Behavior / TPB</i> ).....	161
7. Model Tahapan Perubahan (The Transtheoretical Model /TTM).....	166
C. Rangkuman .....	170
D. Evaluasi.....	171

E. Daftar Pustaka.....	171
<b>BAB XI</b>	
<b>PERUBAHAN SOSIAL BUDAYA DAN</b>	
<b>KESEHATAN .....</b>	<b>173</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	173
B. Materi.....	173
1. Sosiologi Kesehatan.....	173
2. Unsur-unsur kebudayaan.....	174
3. Penggeseran Masyarakat	
dan Kebudayaan.....	174
4. Kebudayaan di Indonesia.....	175
5. Contoh kebudayaan di Indonesia	
Kaitannya dengan Kesehatan.....	177
C. Rangkuman .....	182
D. Evaluasi.....	183
E. Daftar Pustaka.....	183
<b>BAB XII</b>	
<b>PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI</b>	
<b>MASYARAKAT .....</b>	<b>185</b>
A. Tujuan Pembelajaran .....	185
B. Materi.....	185
1. Penyuluhan/Komunikasi, Informasi	
dan Edukasi.....	186
2. Posyandu .....	187
3. Desa Siaga.....	191
4. Usaha Kesehatan Sekolah/Pos	
Kesehatan Pesantren .....	192
5. Pengelolaan Tanaman Obat Keluarga.....	195
6. Saka Bhakti Husada .....	197
C. Rangkuman .....	198
D. Evaluasi.....	198
E. Daftar Pustaka.....	198
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>201</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Proses Mengembangkan Kebijakan	25
Gambar 3.2	Hubungan Perilaku, Lingkungan, Kebijakan	33
Gambar 3.3	Hubungan Perilaku, Lingkungan dan Kebijakan	34
Gambar 5.1	KebijakanProses dan Arah Advokasi	46
Gambar 5.2	Arus Komunikasi Advokasi Kesehatan	48
Gambar 5.3	Skema Kredibilitas	52
Gambar 8.1	Contoh Poster Kesehatan	94
Gambar 8.2	Contoh <i>Leaflet</i>	95
Gambar 8.3	Contoh <i>Flayers</i>	95
Gambar 8.4	Contoh Buletin	96
Gambar 8.5	Control <i>Billboard</i>	99
Gambar 8.6	Contoh <i>Billboard</i> Hidup	99
Gambar 8.7	Contoh Spanduk	100
Gambar 8.8	Contoh Umbul-Umbul	100
Gambar 8.9	Contoh Giant Banner	101
Gambar 8.10	Contoh <i>Neonbox</i>	101
Gambar 8.11	Contoh Baliho	102
Gambar 8.12	Layanan Blog	102
Gambar 8.13	Layanan Jejaring Sosial	103
Gambar 8.14	Layanan Blog Mikro	103
Gambar 8.15	Layanan Berbagi Media	103
Gambar 8.16	Layanan Forum	104
Gambar 8.17	Layanan Kolaborasi	104
Gambar 8.18	Contoh Kesenian Tradisional	105
Gambar 9.1	Proses Bentuknya Perilaku	113
Gambar 9.2	Proses Ingatan	122
Gambar 10.1	<i>Well-Being Paradigms of Health</i>	136
Gambar 10.2	<i>Prosede-Proceed</i> (Green & Kreuter, 2005)	147
Gambar 10.3	Kerangka Teori Lawrence Green	151
Gambar 10.4	Teori Model S-O-R	155
Gambar 10.5	Model Kepercayaan Kesehatan ( <i>Health Belief Model</i> )	159

Gambar 10.6	Kerangka Konsep <i>Theory Planned Behavior</i> (TPB)	162
Gambar 10.7	Tahapan Perubahan ( <i>Stages and Processes of Change</i> ) Tahapan Perubahan	167
Gambar 10.8	<i>Decomposed Theory of Planned Behaviour</i>	170

# **BAB I**

## **PROMOSI KESEHATAN**

### **DAN ILMU PERILAKU**

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Memahami pengertian kesehatan dan ilmu perilaku
2. Memahami konsep indikator, upaya kesehatan masyarakat, serta peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat.

#### **B. Materi**

##### **1. Kesehatan**

Definisi Kesehatan menurut Undang-undang No. 36 Tahun 2009, memberikan batasan; Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut WHO (1947) Sehat itu sendiri dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle, 1994):

- a. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh
- b. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal
- c. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup

Menurut WHO, ada tiga komponen penting yang merupakan satu kesatuan dalam definisi sehat yaitu :

##### **a. Sehat Jasmani**

Sehat jasmani merupakan komponen penting dalam arti sehat seutuhnya, berupa sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, mata bersinar, rambut tersisir rapi, berpakaian rapi, berotot, tidak gemuk, nafas tidak bau, selera makan baik, tidur

nyenyak, gesit dan seluruh fungsi fisiologi tubuh berjalan normal.

b. Sehat Mental

Sehat Mental dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno “Jiwa yang sehat terdapat di dalam tubuh yang sehat “(*Men Sana In Corpore Sano*)”. Atribut seorang insan yang memiliki mental yang sehat adalah sebagai berikut:

- a) Selalu merasa puas dengan apa yang ada pada dirinya, tidak pernah menyesal dan kasihan terhadap dirinya, selalu gembira, santai dan menyenangkan serta tidak ada tanda-tanda konflik kejiwaan.
- b) Dapat bergaul dengan baik dan dapat menerima kritik serta tidak mudah tersinggung dan marah, selalu pengertian dan toleransi terhadap kebutuhan emosi orang lain.
- c) Dapat mengontrol diri dan tidak mudah emosi serta tidak mudah takut, cemburu, benci serta menghadapi dan dapat menyelesaikan masalah secara cerdas dan bijaksana.

c. Kesejahteraan Sosial

Batasan kesejahteraan sosial yang ada di setiap tempat atau negara sulit diukur dan sangat tergantung pada kultur, kebudayaan dan tingkat kemakmuran masyarakat setempat. Dalam arti yang lebih hakiki, kesejahteraan sosial adalah suasana kehidupan berupa perasaan aman damai dan sejahtera, cukup pangan, sandang dan papan. Dalam kehidupan masyarakat yang sejahtera, masyarakat hidup tertib dan selalu menghargai kepentingan orang lain serta masyarakat umum.

d. Sehat Spiritual

Spiritual merupakan komponen tambahan pada definisi sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. Setiap

individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, kesempatan untuk berlibur, mendengar alunan lagu dan musik, siraman rohani seperti ceramah agama dan lainnya agar terjadi keseimbangan jiwa yang dinamis dan tidak monoton. Keempat komponen ini dikenal sebagai sehat positif atau disebut sebagai “*Positive Health*”.

Menurut Paune (1983) Kesehatan merupakan fungsi yang efektif dari sumber-sumber perawatan diri yang menjamin sebuah tindakan untuk perawatan diri. Kesehatan merupakan perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlukannya untuk mendapatkan, mempertahankan dan meningkatkan fungsi psikososial dan spiritual. Keadaan yang sebenarnya dari suatu urusan atau perkara, keadaan atau kondisi khusus yang berhubungan dengan seseorang atau suatu hal, soal, perkara.

Psikososial adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosiionalnya. Dari kata, istilah psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial. Contohnya, hubungan antara ketakutan yang dimiliki seseorang (psikologis) terhadap bagaimana cara ia berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya. Seseorang yang sehat mentalnya akan bereaksi dengan cara yang positif dalam banyak situasi. Spiritual diatas adalah hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha pencipta, tergantung dengan kepercayaan yang dianut oleh individu.

## **2. Indikator Kesehatan**

Indikator adalah variabel-variabel yang mengindikasi atau memberi petunjuk kepada kita tentang keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan. Indikator kesehatan harus memenuhi persyaratan indikator secara umum yaitu: *Simple* (sederhana), *Measurable* (dapat diukur),

*Attributable* (bermanfaat), *Reliable* (dapat dipercaya), dan *Timely* (tepat waktu).

Indikator kesehatan adalah ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu, misalnya angka kematian bayi. Ada 24 indikator kesehatan yang digunakan dalam IPKM dengan nilai korelasi UHH yang tertinggi. Indikator kesehatan tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Prevalensi balita gizi buruk dan kurang.
- b. Prevalensi balita sangat pendek dan pendek.
- c. Prevalensi balita sangat kurus dan kurus.
- d. Prevalensi balita gemuk.
- e. Prevalensi diare
- f. Prevalensi pneumonia
- g. Prevalensi hipertensi
- h. Prevalensi gangguan mental
- i. Prevalensi asma
- j. Prevalensi penyakit gigi dan mulut
- k. Prevalensi distabilitas
- l. Prevalensi cedera
- m. Prevalensi penyakit sendi
- n. Prevalensi ISPA
- o. Prevalensi perilaku cuci tangan
- p. Prevalensi merokok tiap hari
- q. Akses air bersih
- r. Akses sanitasi
- s. Cakupan persalinan oleh pelayanan kesehatan
- t. Cakupan pemeriksaan neonatal-1
- u. Cakupan imunisasi lengkap
- v. Cakupan penimbangan balita
- w. *Ratio* dokter/puskesmas, dan
- x. *Ratio* bidan/desa

Adapun indikator sehat menurut WHO:

- a. Status kesehatan masyarakat
  - a) Indikator komprehensif
    - (1) Angka kematian kasar menurun

- (2) Rasio angka mortalitas proporsional rendah
- (3) Umur harapan hidup meningkat
- b) Indikator spesifik
  - (1) Angka kematian ibu dan anak menurun
  - (2) Angka kematian karena penyakit menular menurun
  - (3) Angka kelahiran menurun.
- b. Pelayanan kesehatan
  - a) Rasio antara pelayanan kesehatan dan jumlah penduduk seimbang
  - b) Distribusi tenaga kesehatan merata
  - c) Informasi lengkap tentang fasilitas kesehatan
  - d) Informasi tentang sarana pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, dan lain-lain.

### **3. Upaya Kesehatan Masyarakat**

Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan

perorangan. Upaya kesehatan perorangan meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan pada perorangan.

Kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai abad ke-20, Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat, membuat batasan yang hingga saat ini masih relevan, yaitu: Kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni, mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

- a. Perbaiki sanitasi lingkungan
- b. Pembersihan penyakit-penyakit menular
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan (*personal hygiene*)
- d. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini serta pengobatan
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin agar setiap orang terpenuhi kebutuhan hidupnya yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Dari batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa, kesehatan masyarakat mempunyai dua aspek teoritis, yaitu: ilmu/akademik dan praktisi/aplikasi. Kedua aspek masing-masing mempunyai peran dalam kesehatan masyarakat. Secara teoritis kesehatan masyarakat perlu didasari dan didukung dengan hasil penelitian. Artinya, dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat (aplikasi) harus didasari dengan temuan (*evident based*) dan hasil kajian ilmiah (penelitian). Sebaiknya, kesehatan masyarakat juga harus terapan (*applied*), maksudnya, hasil studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program kesehatan.

Ruang lingkup kesehatan masyarakat tersebut mencakup, kesehatan/ sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan tidak menular,

pendidikan kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan, kesehatan kerja, gizi masyarakat, dan sebagainya.

#### **4. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat**

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (dari luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor, yaitu: sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan dan sebagainya. Secara garis besar faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat. Dikelompokkan menjadi 4 (Blum, 1974), yaitu:

- a. Lingkungan fisik, sosial, budaya, politik ekonomi dan sebagainya.
- b. Perilaku
- c. Pelayanan kesehatan, dan
- d. Hereditas (keturunan)

Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat, hendaknya juga terfokus pada empat faktor tersebut. yaitu:

- a. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Faktor Lingkungan, yaitu;  
Sarana sanitasi lingkungan dibangun untuk masyarakat, misalnya jamban (kakus, WC) keluarga, jamban umum, MCK (sarana mandi, cuci, dan kakus), tempat sampah, dan sebagainya.
- b. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Perilaku, yaitu;  
Kesadaran masyarakat tentang kesehatan disebut “melek kesehatan” (*health literacy*).
- c. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan, yaitu;  
Departemen Kesehatan telah menyediakan fasilitas kesehatan masyarakat dalam bentuk Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Tidak kurang dari 7.000 Puskesmas tersebar di

seluruh Indonesia. Namun, pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat belum optimal.

d. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Faktor Hereditas, yaitu;

Pendidikan kesehatan diperlukan pada kelompok orang tua, agar masyarakat atau orang tua menyadari dan melakukan hal-hal yang dapat mewariskan kesehatan yang baik kepada keturunan mereka. Seperti bentuk peran;

- a) Perilaku masyarakat dalam menyikapi dan mengelola lingkungannya.
- b) Perilaku masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- c) Perilaku masyarakat dan petugas kesehatan dalam menyikapi dan mengelola fasilitas atau pelayanan kesehatan, kesadaran, dan praktik hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan kepada anak atau keturunannya.

Untuk mengkondisikan faktor-faktor tersebut, diperlukan pendidikan kesehatan. Itulah sebabnya maka pendidikan kesehatan tidak terlepas dari perilaku.

### C. Soal Latihan

#### Contoh kasus

Kasus kematian dokter muda Ryan Thamrin:

“Penyakit yang dideritanya erat kaitannya dengan kebiasaan Ryan Thamrin mengonsumsi mie instan ketika masih muda, sebelum merantau menempuh pendidikan dokter di Yogyakarta. Kebiasaannya makan mie instan pun bertambah ketika Dr Ryan Thamrin mengejar mimpi di Ibukota. Saking padatnya jadwal, Dr Ryan Thamrin terkadang lupa mengatur pola makannya. Sehingga ia menderita maag akut sampai merenggut nyawanya. Berdasarkan kasus tersebut, maka;

1. Identifikasi perilaku tidak sehat Dr Ryan berdasarkan pengertian kesehatan

2. Analisis indikator, upaya kesehatan dan peran pendidikan kesehatan dalam mengatasi perilaku tidak sehat Dr. Ryan!
3. Diskusikan hasil no 1 & 2 di atas.

**D. Daftar Pustaka**

- Notoatmodjo, S. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta.
- Direktorat Kerjasama Pembangunan Sektor dan Daerah, Bappenas. 2003. Kebijakan Strategis Pemberdayaan Masyarakat.



## **BAB II**

# **SEJARAH PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mahasiswa memahami dan mampu menjelaskan sejarah promosi kesehatan, khususnya di Indonesia.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan prinsip promosi kesehatan, program-program promosi kesehatan, strategi promosi kesehatan, Partisipasi (pemberdayaan) masyarakat dalam promkes, konsep perilaku dan perilaku kesehatan, determinan dan perubahan perilaku kesehatan serta perubahan budaya.

### **B. Materi**

#### **1. Sejarah Pendidikan Kesehatan Masyarakat**

Upaya pencegahan penyakit telah dikenal sebelum masehi, hanya saja belum tersusun rapi menyadari bahwa kesehatan sejak zaman dahulu telah menyadari bahwa kesehatan merupakan hal berharga yang dapat diperoleh melalui perilaku hidup yang sehat. Jika manusia mampu mempertahankan perilaku hidup yang sehat, maka gangguan keseimbangan dalam tubuh dapat diminimalisir sehingga tidak menimbulkan sakit.

Dalam mitologi Yunani, terdapat cerita tentang sepasang suami istri yaitu Asclepius dan Higiea yang telah mempelajari kesehatan dari sisi yang berbeda. Asclepius adalah seorang dokter yang mengupayakan penyembuhan atau upaya pengobatan penyakit yang telah diderita manusia. Pendekatan kuratif ini yang kemudian memunculkan ilmu kedokteran dan profesi-profesi yang mengikutinya seperti dokter (umum hingga spesialis), perawat, bidan, dan profesi yang lain yang membantu orang dalam menyembuhkan penderitaan sakitnya. Sedangkan istrinya, Higiea, menggunakan pendekatan pencegahan penyakit atau upaya-upaya yang seharusnya dilakukan seorang untuk

meningkatkan kesehatannya agar tidak sampai jatuh sakit. Ilmu pencegahan penyakit dari Higiea inilah yang banyak digunakan oleh profesi-profesi kesehatan masyarakat seperti penyuluh kesehatan, sanitasi, ahli gizi, ahli kesehatan kerja, ahli kesehatan lingkungan dan lain sebagainya. Dari cerita tersebut dapat disimpulkan bahwa Asclepius menggunakan ilmu kedokteran di Higiea mengenalkan ilmu kesehatan masyarakat dimana keduanya sama-sama memiliki tujuan untuk memperbaiki derajat kesehatan seseorang.

Catatan sejarah dari Babylonia, Mesir dan Roma juga menjelaskan bahwa mereka telah melakukan upaya kesehatan pula pada masa-masa tersebut. Mulai dari pembangunan saluran pembuangan tinja, pelaporan kepemilikan binatang peliharaan yang berbahaya hingga pembuatan rumah yang memperhatikan resiko bahaya yang mungkin timbul dan mengancam penghuninya. Pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan semakin dirasakan ketika mulai timbul epidemi dan wabah penyakit-penyakit menular seperti lepra dan lola di Benua Afrika dan Asia pada permulaan abad pertama hingga ketujuh. Upaya-upaya untuk mencegah penyakit menular mulai lingkungan tempat tinggal, pengupayaan penyediaan air minum bersih, membuang sampah di tempat yang sudah ditentukan dan upaya pencegahan penyakit lainnya yang kemudian telah menjadi bagian dari kehidupan masyarakat kala itu.

Ajaran Nabi Muhammad SAW mengenai perilaku hidup sehat, seperti bersibak dan mengonsumsi makanan bergizi yang baik untuk tubuh, masih sering kita dengar dan memang relevan hingga sekarang. Bahkan memelihara kesehatan sebegitu pentingnya hingga menjadi perintah dalam islam tersirat dalam kalimat “kebersihan adalah sebagian dari iman”.

## **2. Kesepakatan Internasional Promosi Kesehatan**

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan telah beberapa kali dilakukan bahkan salah satunya mengambil tempat di Indonesia. Hasil dari konferensi

tersebut dituangkan dalam bentuk piagam, deklarasi, pernyataan atau kesepakatan. Berikut adalah hasil kesepakatan dunia terkait kesehatan global.

a. Deklarasi Alma Ata

Digelar di Kota Ata, Kazakhstan, pada tahun 1978, deklarasi ini merupakan kesepakatan bersama dari 140 negara tentang “pelayanan kesehatan primer”. Deklarasi Alma Ata menjelaskan untuk mencapai kesehatan untuk semua pada tahun 2000 melalui pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

- 1) Pendidikan kesehatan
- 2) Peningkatan penyediaan makanan dan gizi
- 3) Penyediaan air bersih yang cukup dan sanitasi dasar
- 4) Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
- 5) Imunisasi pencegahan dan pemberantasan penyakit *endemic*
- 6) Pengobatan penyakit-penyakit umum
- 7) Penyediaan obat esensial

Dari ketujuh pelayanan kesehatan dasar yang disebutkan diatas, jelas terlihat bahwa pendidikan kesehatan ditempatkan pada urutan teratas dan pertama dari pelayanan kesehatan dasar lainnya.

b. Piagam Ottawa

Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*) adalah hasil dari konferensi Internasional tentang promosi kesehatan yang pertama yang dilaksanakan pada tanggal 17-21 November 1986 di Ottawa, Kanada. Konferensi yang dihadiri oleh kurang lebih 100 perwakilan Negara ini tidak lepas dari Deklarasi Alma Ata tentang pelayanan kesehatan dasar pada tahun 1978. Piagam Ottawa ini memformulasikan “strategi promosi kesehatan” sebagai berikut:

- 1) Mengembangkan kebijakan publik berwawasan kesehatan
- 2) Menciptakan lingkungan yang mendukung
- 3) Memperkuat aksi/gerakan masyarakat

- 4) Mengembangkan keterampilan perseorangan
  - 5) Reorientasi sistem pelayanan kesehatan
- c. Rekomendasi Adelaide
- Konferensi internasional promosi kesehatan yang kedua ini diadakan di Adelaide pada tanggal 5-9 April 1988 ini mengidentifikasi empat area utama yang menjadi fokus dalam pengembangan “kebijakan publik yang berwawasan kesehatan” seperti yang tertuang pada piagam Ottawa nomor 1.
- 1) Dukungan terhadap program kesehatan perempuan
  - 2) Pangan dan gizi
  - 3) Tembakau dan alkohol
  - 4) Menciptakan lingkungan yang mendukung
- d. Pernyataan Sundsvall
- Konferensi internasional promosi kesehatan yang ketiga ini dilaksanakan di Sundsvall, Swedia pada tanggal 9-15 Juni 1991. Konferensi ini membahas tentang Piagam Ottawa yang kedua yakni menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan difokuskan pada kegiatan yang bersifat “*action*”. Terdapat tujuh isu tentang lingkungan yang mendukung yang diangkat dalam konferensi ini, yakni: pendidikan, makanan dan gizi, rumah lingkungan rumah tangga, pekerjaan dan tempat kerja, transportasi, dan dukungan sosial.
- e. Deklarasi Jakarta
- Konferensi internasional promosi kesehatan yang keempat dilaksanakan di Jakarta Indonesia pada tanggal 21-25 Juli 1997 dengan tema “Pemeran Baru pada Era Baru”. Pemain baru yang dimaksud disini adalah sektor swasta yang akan dilibatkan dalam pembangunan kesehatan. Dalam konferensi ini ditetapkan prioritas sebagai berikut:
- 1) Meningkatkan tanggung jawab sosial dalam kesehatan
  - 2) Meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan
  - 3) Meningkatkan kemitraan untuk kesehatan

- 4) Meningkatkan kemampuan perorangan dalam memberdayakan masyarakat
  - 5) Mengembangkan infrastruktur untuk promosi kesehatan
- f. Kesepakatan Meksiko

Konferensi internasional promosi kesehatan yang kelima diselenggarakan di kota Meksiko, Meksiko, pada tanggal 5-9 Juni 2000 dengan tema “Menjembatani Kesenjangan Pemerataan”. Gerakan yang diperlukan adalah sebagai berikut:

- 1) Menempatkan promosi kesehatan sebagai prioritas utama baik di tingkat lokal, regional, nasional maupun di tingkat internasional
- 2) Mengambil peran utama dalam pengembangan partisipasi aktif di setiap sektor dan kalangan masyarakat madani, di dalam implementasi gerakan-gerakan promosi kesehatan dengan memperkuat memperluas kemitraan di bidang kesehatan
- 3) Memperkuat persiapan kegiatan di kabupaten/kota di seluruh dunia, bila dibutuhkan. Rencana ini bisa berbeda di masing-masing negara namun tetap mengikuti pedoman yang disepakati, yaitu:
  - (a) Identifikasi skala prioritas untuk memperkuat kebijakan publik yang berwawasan kesehatan dan program lain yang dibutuhkan
  - (b) Dukungan riset dengan teknologi terbaru terhadap prioritas pilihan
- 4) Mobilisasi finansial dan sumber daya operasional untuk membangun kapasitas sumber daya manusia dan institusi untuk pengembangan, implementasi, monitor dan evaluasi rencana kegiatan di kota/kabupaten.
- 5) Membangun dan memperkuat jaringan promosi kesehatan di tingkat nasional dan internasional

- 6) Melakukan advokasi yang peduli akan dampak kesehatan agar menjadi agenda mereka
  - 7) Memberikan informasi kepada direktorat
- g. Piagam Bangkok
- Konferensi internasional promosi kesehatan yang keenam dilaksanakan di Bangkok, Thailand pada tanggal 7-11 Agustus 2005 dengan tema “Promosi Kesehatan dalam Dunia Global”. Dalam piagam Bangkok disebutkan beberapa komitmen yang harus ada, yaitu :
- 1) Menjadikan promosi kesehatan sebagai pusat agenda pembangunan global
  - 2) Membuat promosi kesehatan tanggung jawab semua lini pemerintah
  - 3) Menjadikan promosi kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat.
- h. Kesepakatan Nairobi
- Konferensi internasional promosi, kesehatan yang ketujuh di Nairo, Kenya, tanggal 26-30 Oktober 2009 bertemakan “Mempromosikan Kesehatan dan Pembangunan; Menutup kesenjangan implementasi”. Dalam kesepakatan Nairobi dihasilkan strategi dan aksi promosi kesehatan sebagai berikut:
- 1) Membangun kapasitas promosi kesehatan
  - 2) Penguatan sistem kesehatan
  - 3) Kemitraan dan kerja sama lintas sektor
  - 4) Pemberdayaan masyarakat
  - 5) Sehat dan perilaku sehat
- i. Kesepakatan Helsinki
- Konferensi internasional promosi kesehatan yang kedelapan dilaksanakan di Helsinki, Finlandia pada tanggal 10-14 Juni 2013 dengan tema Kesehatan di Semua Kebijakan. Kesehatan di semua kebijakan merupakan tujuan utama yang ingin dicapai oleh pemerintah dan menjadi landasan kuat bagi pembangunan berkelanjutan. Beberapa hal yang diperlukan dalam penerapannya adalah sebagai berikut:

- 1) Kemitraan/kerjasama lintas sektor dan multi disiplin
  - 2) Determinan kesehatan dari perspektif non kesehatan
  - 3) Kesenjangan, kemiskinan, keadilan sosial, dan HAM
  - 4) Pentingnya *evidence based* dalam pengembangan kebijakan
  - 5) Peran sektor pemerintah, advokasi dan pengembangan kapasitas di berbagai aspek.
- j. Deklarasi Changhai

Konferensi kesembilan ini digelar di Changhai, Tiongkok pada tanggal 21-24 November 2016 dan menghasilkan komitmen politis yang lebih berani terkait kesehatan, menekankan keterkaitan kesehatan dan kesejahteraan, untuk mencapai SDG's 2030. Deklarasi ini juga menekankan pada kebutuhan masyarakat untuk dapat secara mandiri mengontrol kesehatannya dengan memilih gaya hidup sehat. Sedangkan pemerintah bertugas untuk memelihara kesehatan masyarakatnya melalui kebijakan publik, memperkuat legislasi, peraturan dan perpajakan yang mengganggu kesehatan.

### **3. Promosi Kesehatan di Indonesia**

Perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia sendiri sudah pasti dipengaruhi oleh hasil-hasil kesepakatan internasional diatas. Dimulai pada tahun 1975 tentang dan mendukung hasil Deklarasi Alma Ata 1978 tentang Pelayanan Kesehatan Dasar, Indonesia memulai program PKMD atau Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa pada tahun 1975. PKMD inilah yang menjadi cikal bakal Promosi Kesehatan. Jika dikategorikan berdasarkan kronologisnya, maka didapatkan catatan sebagai berikut:

- a. Sebelum ini promosi kesehatan lebih dikenal dengan istilah Pendidikan Kesehatan. Program-program pada Pendidikan Kesehatan dianggap sebagai pelengkap pelayanan kesehatan. Sasaran

program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.

- b. Periode Tahun 1965-1975  
Pada periode ini dimulai peningkatan profesional tenaga melalui program *Health Educatif Service* (HES). Intervensi program masih banyak yang bersifat perorangan meskipun sudah mulai cenderung aktif menyasar masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.
- c. Periode Tahun 1975-1985  
Mulai dibangun program PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) yang menjadi andalan program sebagai pendekatan *Community* salah satu program UKS di SD. Pada periode ini, pembinaan dan pemberdayaan masyarakat mulai aktif. Posyandu juga mulai lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat. Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Periode sangat dipengaruhi hasil deklarasi Alma Ata.
- d. Periode Tahun 1985-1996  
Dibentuklah Direktorat Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktorat PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku. Arah kebijakan mulai dipengaruhi oleh Ottawa Charter.
- e. Periode Tahun 1995-sekarang  
Pemberdayaan tidak hanya ke arah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi). Sehingga sasaran Promosi Kesehatan bukan saja perubahan perilaku tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau

faktor lingkungan kesehatan. Pada tahun 1997 diadakan konvensi internasional Promosi Kesehatan dengan tema “*Health Promotion Toward The 21'st Century, Indonesia Policy for the Future*” dengan melahirkan ‘*The Jakarta Declaration*’.

#### **4. Arah Kebijakan RENSTRA 2015-2019**

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia,

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005-2025 adalah:

- a. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan;
- b. Pemberdayaan masyarakat dan daerah;
- c. Pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan;
- d. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan dan;
- e. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

Dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2015-2019, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan

status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

### **C. Rangkuman**

Kesehatan merupakan hal yang diperoleh melalui perilaku sehat. Gangguan kesehatan individu bisa diminimalisir jika individu tersebut mampu menjaga perilaku hidup sehatnya. Upaya-upaya kesehatan telah dilakukan semenjak dahulu, dari zaman Babylonia, Mesir, dan Roma. Pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan semakin dirasakan ketika muncul epidemi dan wabah penyakit menular seperti lepra dan kolera di Benua Afrika dan Asia pada permulaan abad pertama hingga ketujuh. Upaya-upaya untuk pencegahan kemudian mulai dilakukan, seperti perbaikan sanitasi.

Konferensi promosi kesehatan telah beberapa kali dilakukan, yaitu Deklarasi Alma Ata, Piagam Ottawa, Rekomendasi Adelaide, Pernyataan Sundsvall, Deklarasi Jakarta, kesepakatan Helsinki, dan Deklarasi Changhai. Mulai tahun 1975 dan mendukung Deklarasi Alma Ata 1978, Indonesia menunjukkan dukungannya kepada upaya promosi kesehatan dengan pelayanan kesehatan dasarnya. Indonesia memulai Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa pada tahun 1975. Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tinggi dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di

seluruh wilayah Indonesia. Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

#### **D. Evaluasi**

1. Jelaskan cara meminimalisir gangguan kesehatan individu!
2. Pada abad ke berapakah munculnya penyakit menular yang membuat orang sadar akan pentingnya menjaga kebersihan dan sanitasi baik personal maupun lingkungan?
3. Jelaskan sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025!

#### **E. Daftar Pustaka**

- Machfoeds, I,dkk. 2005. Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmodjo, S. 2005. Promosi Kesehatan teori dan aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta
- Kemenkes RI. 2011. Promosi Kesehatan Komit Global dari Ottawa-Jakarta-Helsinki Menuju Rakyat Sehat. Jakarta: Kemenkes RI
- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019



## **BAB III**

# **KONSEP PROMOSI KESEHATAN**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Memahami pengertian promosi kesehatan
2. Memahami *health public policy, community action, supportive environment, reorient health service, developing personal skill*

### **B. Materi**

#### **1. *Healthy Public Policy***

*Healthy Public Policy* (kebijakan publik berwawasan kesehatan) adalah strategi pertama dari *Ottawa Charter*. Batasan promosi kesehatan tidak semata pada layanan kesehatan, namun juga pada ranah pengambilan keputusan. Kebijakan kesehatan ditetapkan sangat berdampak pada konsekuensi kesehatan. Oleh karena itu, salah komitmen promosi kesehatan dalam konferensi Ottawa adalah memusatkan sasaran ke arah kebijakan publik berwawasan kesehatan, dan melakukan advokasi untuk memperoleh komitmen politik yang jelas terhadap kesehatan dan kesetaraan/keadilan di seluruh sektor. Topik menjadi perhatian khusus dalam Konferensi Promosi Kesehatan di Adelaide, Australia tanggal 5-9 April 1988. Konferensi ini menghasilkan Rekomendasi Adelaide (*Adelaide Recommendation*) (Pusat Promkes RI & Departemen Kesehatan dan Ilmu FKM UI, 2009).

Kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah seperangkat kebijakan, peraturan, maupun regulasi yang menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Kebijakan berwawasan kesehatan sangat mendukung terwujudnya lingkungan fisik dan sosial untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Komitmen pemerintah sebagai pemenang kebijakan sangat dipertimbangkan dalam setiap mengembangkan formulasi kebijakannya. (Pusat Promkes Depkes RI & FKM UI, 2009). Tujuan

dari kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah keterlibatan pemerintah sebanyak mungkin di seluruh ruang lingkup pembangunan kesehatan. Karakteristik kunci dari kebijakan berwawasan kesehatan adalah (1) komitmen untuk keadilan sosial, (2) pengakuan pengaruh penting aspek ekonomi, sosial, dan lingkungan fisik terhadap kesehatan, (3) fasilitasi partisipasi masyarakat, (4) kerjasama antara sektor kesehatan dan sektor lainnya dari pemerintah (Tones & Green, 2004). Milio (1986) dalam Keleher et al (2007) mengemukakan bahwa sektor ekonomi, pekerjaan, keuangan, keamanan, agrikultur, kepentingan sosial, kepentingan asing, imigrasi, ataupun ilmu teknologi bisa berpengaruh positif atau negatif terhadap kesehatan. Tanggung jawab moral, politik, dan ekonomi dari pemerintah menjamin terpenuhinya kesehatan dari kebijakan yang dibuat.

Kebijakan dapat dianalisis menggunakan 3 domain, yaitu:

a. Proses terbentuknya kebijakan

Tiga hal yang perlu dipertimbangkan dalam membentuk kebijakan:

1) Menilai seberapa besar masalah yang menimpa, sejauh mana agenda program yang ada, dan bagaimana komitmen pemerintah dalam mengatasinya.

2) Kebijakan yang tersedia, maupun alternatif kebijakan lainnya memungkinkan untuk dipilih.

3) Pertimbangan politik

Advokasi adalah alat yang kuat untuk mendorong dihasilkannya kebijakan.

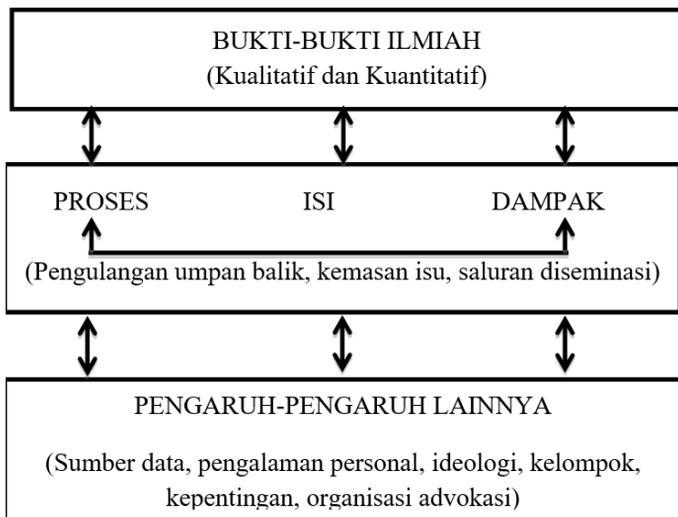
b. Isi kebijakan yang dihasilkan

Perumusan isi kebijakan harus berdasarkan fakta, sehingga pemegang kebijakan harus mampu melakukan *literatur review* dan riset sebagai *input* formulasi kebijakan.

c. Dampak kebijakan yang diambil.

Munculnya kebijakan akan berdampak pada masyarakat. Dalam kebijakan dapat dilihat dari 3 sisi, yaitu sisi hulu (*upstream*), sisi tengah (*midstream*), dan sisi hilir (*downstream*) (Pusat Promkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009)

Pengambilan kebijakan harus melalui proses berulang untuk melihat apakah dampak kebijakan tersebut mampu memberikan perubahan perilaku pada berbagai tingkatan.



Sumber: (Pusat Promkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009)

Gambar 3.1 Proses Mengembangkan Kebijakan

Hambatan-hambatan penerapan kebijakan berwawasan kesehatan:

- Inkonsistensi dalam pelaksanaan, misal pemberantasan barang nyamuk dengan 3 M perlu dipromosikan, namun proses *fogging* yang dibiayai.
- Ketidakcocokan bukti ilmiah yang diperoleh beberapa waktu sebelumnya tidak sesuai lagi dengan kondisi terkini

- c. Ketidaksepahaman memilih kebijakan, proses menghasilkan kebijakan serta waktu tidak sepadan.
- d. Kuatnya minat-minat (interst pribadi), misalnya kepentingan pabrik rokok.
- e. Keterlibatan peneliti dalam proses penyusunan kebijakan.
- f. Proses pembuatan kebijakan dapat terjadi cukup rumit.
- g. Tidak semua orang mengerti proses pembuatan kebijakan.
- h. Para praktisi tidak dapat mempengaruhi lahirnya kebijakan berwawasan kesehatan (Pusat Promkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009).

Hambatan penerapan kebijakan sangat terlihat dalam beberapa permasalahan kesehatan, seperti kebijakan tembakau. Secara bertahap telah dimunculkan kebijakan terkait pemasaran produk tembakau, seperti rokok. Diaturinya kemasan rokok menjadi salah satu kebijakan terbaru dalam mempromosikan bahaya rokok. Berseberangan dengan hal tersebut, produksi tembakau masih memberikan keuntungan besar bagi negara atas cukai yang cukup besar, sehingga produksi tembakau ini masih dianggap sumber pemasukan negara yang bagus.

Berbagai rekomendasi dalam berbagai konferensi kesehatan akan berjalan jika pemerintah mempunyai peran dengan terlibat dalam kebijakan yang dibuatnya. Kebijakan yang dibuat harus disosialisasikan dan dipahami oleh masyarakat serta dapat diukur keberhasilan. Aksi masyarakat adalah buah dari kebijakan yang dihasilkan.

Kebijakan publik yang akuntabel berciri-ciri:

- a. Kebijakan tersebut rasional
- b. Menjangkau khalayak yang luas
- c. Efektif untuk mengatasi persoalan
- d. Dapat diterima oleh masyarakat

Peran pemerintah sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan, namun pula perlu pihak lain untuk mendorong tercapainya tujuan, seperti organisasi masyarakat dan dunia usaha. Hal seperti ini disebut dengan kemitraan. Kemitraan adalah hubungan timbal balik, hubungan akan bertahan lama jika kedua belah pihak yang bermitra merasa diuntungkan.

Ciri-ciri kemitraan:

- a. Kerjasama pada berbagai jenjang (individu, kelompok, dan institusi)
- b. Adanya kesepakatan tentang peran dari masing-masing pihak
- c. Bersama-sama mencapai tujuan tertentu
- d. Saling menanggung risiko dan bermanfaat

Strategi kemitraan ini telah diadopsi dalam melakukan program promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan. Sekarang ini, banyak organisasi yang peduli terhadap kesehatan. Seperti Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Lembaga seperti ini sangat penting dan berguna untuk dijalin sebagai partner dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan Indonesia. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mampu menjalin kemitraan dengan berbagai sektor (Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia, 2009).

Area utama kebijakan berwawasan kesehatan berdasarkan Rekomendasi Adelaide:

- a. Dukungan terhadap program kesehatan perempuan

Perempuan adalah agen kesehatan utama dalam keluarga. Seorang ibu memiliki peran yang besar dalam kesehatan keluarganya. Tidaklah heran jika Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) sebagai organisasi masyarakat mempunyai peran penting di tengah Indonesia. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan bisa digerakkan melalui wadah tersebut. Konferensi Adelaide merekomendasikan adanya kebijakan dan program

yang berwawasan kesehatan sehingga dengan perempuan sebagai fokusnya, sehingga perlu ada:

- 1) Keadilan memperoleh kesempatan ekonomi atau mendapatkan pekerjaan.
  - 2) Hal melahirkan kebutuhan dan preferensinya.
  - 3) Kesempatan menjalankan fungsi mengasuh anak-anaknya.
  - 4) Kebebasan menentukan pelayanan kesehatan.
- b. Pangan dan gizi
- Pangan dan gizi adalah tujuan fundamental kebijakan publik berwawasan kesehatan. Kebijakan harus menjamin bahwa pertumbuhan ekonomi, dan lingkungan yang mempunyai dampak pada kesehatan harus menjadi prioritas pemerintah. Pencegahan kelaparan dan kekurangan gizi adalah tujuan penting dari kebijakan ini, pemerintah harus menjamin masyarakat mampu mengakses makanan sehat dalam jumlah yang cukup.
- c. Tembakau dan alkohol
- Pengonsumsi tembakau dan alkohol adalah perilaku yang sangat membahayakan kesehatan. Kedua perilaku tersebut memicu tindakan yang kurang baik, seperti kriminalitas, trauma fisik dan mental. Namun di sisi lain, distribusi kedua barang tersebut telat membebani cukai yang memberikan pemasukan negara. Ini menjadi tantangan besar bagi penggiat anti tembakau dan alkohol.
- d. Menciptakan lingkungan yang mendukung
- Banyak orang yang tinggal dalam lingkungan fisik dan sosial yang kurang mendukung bagi kesehatannya (Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009).

## **2. *Community Action***

Pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat terhadap peningkatan kesehatan. Partisipasi dapat diartikan sebagai keterlibatan

seseorang secara sadar ke dalam interaksi sosial dalam situasi tertentu. Artinya seseorang bisa berpartisipasi bila ia menemukan dirinya dengan atau dalam kelompok, melalui berbagai proses berbagi dengan orang lain dalam hal nilai, tradisi, perasaan, kesetiaan, kepatuhan, dan tanggung jawab bersama.

Partisipasi masyarakat menurut Isbandi (2007) adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah, dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi.

Mikkelsen (1999) membagi partisipasi menjadi enam pengertian, yaitu:

- a. Partisipasi adalah kontribusi sukarela dari masyarakat kepada proyek tanpa ikut serta dalam pengambilan keputusan.
- b. Partisipasi adalah “pemekaan” (membuat peka) pihak masyarakat untuk meningkatkan kemauan menerima dan kemampuan untuk menanggapi proyek-proyek pembangunan.
- c. Partisipasi adalah keterlibatan sukarela oleh masyarakat dalam perubahan yang ditentukannya sendiri.
- d. Partisipasi adalah suatu proses yang aktif, yang mengandung arti bahwa orang atau kelompok yang terkait, mengambil inisiatif dan menggunakan kebebasannya untuk melakukan sesuatu hal terkait.
- e. Partisipasi adalah pemantapan dialog antara masyarakat setempat dengan para staf yang melakukan persiapan, pelaksanaan, monitoring proyek, agar supaya memperoleh informasi mengenai konteks lokal, dan dampak-dampak sosial.

- f. Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat dalam pembangunan diri, kehidupan, dan lingkungan mereka.

Dari tiga pakar yang mengungkapkan definisi partisipasi di atas, dapat disimpulkan sebagai berikut, “partisipasi adalah keterlibatan aktif dari seseorang, atau sekelompok orang (masyarakat) secara sadar untuk berkontribusi secara sukarela dalam program pembangunan dan terlibat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

Pentingnya partisipasi masyarakat sebagai berikut;

- a. Partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan dan sikap masyarakat setempat yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal.
- b. Masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka lebih mengetahui seluk beluk proyek tersebut dan akan muncul rasa memiliki terhadap proyek tersebut.
- c. Merupakan suatu bentuk demokrasi jika masyarakat dilibatkan dalam suatu proyek pembangunan untuk masyarakat itu sendiri.

Target capaian yang ingin dicapai dengan adanya partisipasi masyarakat adalah meningkatnya kemampuan setiap orang maupun kelompok masyarakat yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung dalam suatu proyek pembangunan, dengan cara melibatkan mereka mulai dari persiapan, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi dan dalam pengambilan keputusan di setiap kegiatan.

Prinsip-prinsip partisipasi masyarakat sebagaimana tertuang dalam Panduan Pelaksanaan Pendekatan Partisipasi yang disusun oleh *Department*

*For Internasional Development (DFID)*, sebagai berikut;

- a. Cakupan  
Semua orang atau wakil-wakil dari semua kelompok yang terkena dampak dari hasil-hasil suatu keputusan atau proses proyek pembangunan.
- b. Kesetaraan dan kemitraan (*Equal Partnership*)  
Pada prinsipnya setiap individu memiliki potensi masing-masing, seperti; keterampilan, kemampuan dalam analisis, ide, gagasan serta memiliki hak untuk berpendapat dan memprakarsai setiap proses, guna membangun dialog tanpa memperhitungkan jenjang dan struktur masing-masing pihak.
- c. Transparansi  
Semua pihak harus dapat menumbuh kembangkan iklim berkomunikasi terbuka dan kondusif sehingga menimbulkan dialog dalam proses Kerjasama.
- d. Kesetaraan kewenangan (*sharing power/ equal powership*)  
Pihak yang terlibat dalam suatu proyek pembangunan harus dapat menyeimbangkan distribusi kewenangan dan kekuasaan untuk menghindari terjadinya dominasi tugas dan fungsi.
- e. Kesetaraan tanggung jawab (*shering responsibility*)  
Tanggung jawab yang jelas dalam setiap proses terhadap siapa saja yang terlibat, karena adanya kesetaraan kewenangan dan keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan dan langkah-langkah selanjutnya.
- f. Pemberdayaan (*Empowerment*)  
Segala kekuatan dan kelemahan yang terlibat dalam suatu proses pembangunan, merupakan indikator penentu terjadinya suatu proses saling belajar dan saling memberdayakan satu sama lainnya.

- g. Kerjasama  
Diperlukan adanya kerjasama berbagai pihak yang terlibat untuk saling berbagi kelebihan guna mengurangi berbagai kelemahan yang ada, khususnya yang berkaitan dengan kemampuan sumber daya manusia.

### 3. *Supportive Environment*

Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan (*supportive environment for health*) adalah tema yang diangkat pada konferensi ketiga promosi kesehatan di Sundvall, Swedia, tanggal 9-15 Juni 1991. Konferensi ini menghasilkan tiga model untuk promosi kesehatan.

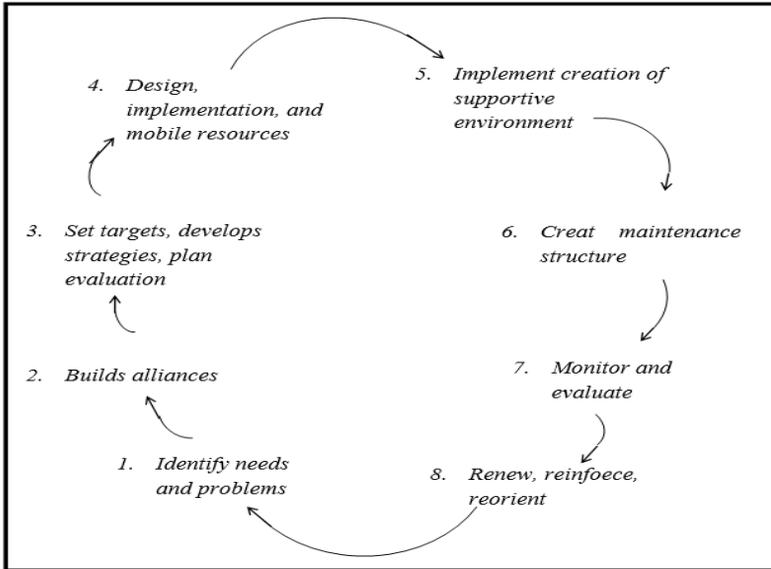
- a. *Health Promotion Strategy Analysis Model (HELPSAME)*

Model ini berguna untuk menganalisis pengalaman dalam menciptakan lingkungan yang mendukung. Model ini digunakan untuk mengklarifikasi strategi dan unsur-unsur yang penting dalam menjalankan kegiatan promosi kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan antara lain “bagaimana” (pendekatan, prosedur, alat), “siapa” (pelaku), “untuk siapa” (kelompok sasaran), “di mana” (tingkat atau arena), “untuk menghasilkan apa” (hasil yang diharapkan).

- b. *Sundsvall Pyramid of Supportive environment*, yang didasarkan pada enam topik yang didiskusikan: makanan, rumah dan lingkungan tetangga, makanan dan transportasi sebagai alas piramid, serta pendidikan dan dukungan sosial sebagai dinding model (SESAME)

Model ini berperan dalam memfasilitasi kegiatan dan dapat dilihat sebagai sebuah spiral.

- c. *Supportive environment action model (SESAME)*, model ini berperan dalam memfasilitasi kegiatan dan dapat dilihat sebagai sebuah spiral sebagai berikut

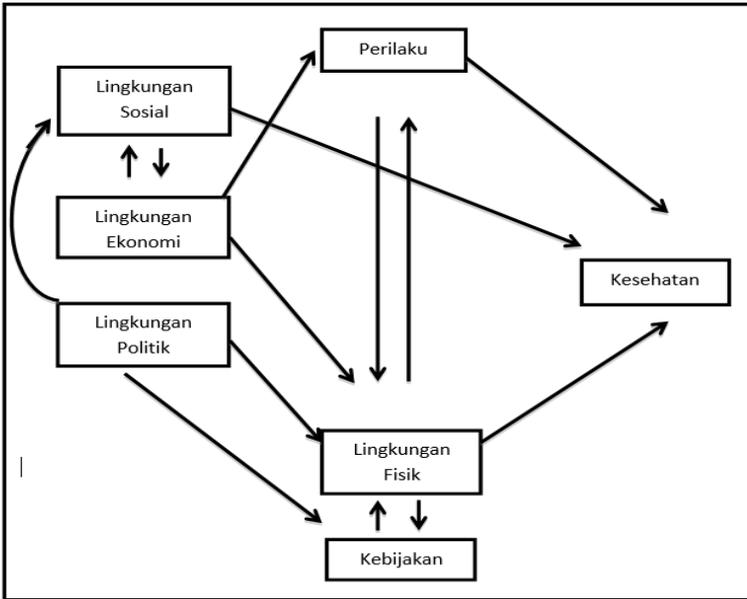


Gambar 3.2 Hubungan perilaku, lingkungan, kebijakan

Strategi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung:

- a. Memperkuat advokasi dengan kegiatan komunitas
- b. Memampukan komunitas dan individu untuk mengendalikan kesehatan dan lingkungan melalui pendidikan dan pemberdayaan.
- c. Membangun kemitraan  
Menjembatani berbagai konflik kepentingan di dalam masyarakat dalam rangka menjamin akses merata terhadap lingkungan yang mendukung.

Hubungan antaran perilaku, lingkungan, dan kebijakan digambarkan dalam bagan di bawah ini!



Gambar 3.3 Hubungan perilaku, lingkungan dan kebijakan

Terdapat empat dimensi untuk mendukung kesehatan:

- a. Dimensi sosial budaya, dimensi ini meliputi norma, adat, kebiasaan, serta proses-proses sosial yang mempengaruhi kesehatan.
- b. Dimensi Politik
- c. Dimensi ekonomi, adalah dimensi utama kesehatan untuk semua dan pembangunan berkelanjutan diperlukan peningkatan dan redistribusi ekonomi, termasuk di dalamnya penggunaan teknologi yang aman dan terpercaya.
- d. Dimensi gender, berbagai upaya dalam pembangunan harus dibebaskan dari diskriminasi gender.

Konferensi Sundsvall mengidentifikasi empat strategi utama dalam mempromosikan terciptanya lingkungan yang mendukung kesehatan yaitu:

- a. Penguatan advokasi melalui tindakan masyarakat, khususnya kelompok yang terorganisir oleh kaum

perempuan. Advokasi adalah upaya dilakukan untuk mendapatkan dukungan politis dalam kebijakan dan implementasi program. Sasaran advokasi adalah pengambil kebijakan utama, legislatif, *stakeholder*, publik, figur, asosiasi/organisasi profesi.

Tujuan advokasi:

- 1) Meningkatkan jumlah kebijakan publik yang selaras dengan apa yang diharapkan
- 2) Meningkatkan opini masyarakat dalam mendukung program
- 3) Teratasinya masalah yang menimpa banyak orang

Advokasi dalam program promosi kesehatan berbasis pada teori kesehatan untuk mengeliminasi kesehatan dan menggunakan intervensi berbasis bukti dalam mempengaruhi kepada pemegang kebijakan (Fertman & Allensworth, 2010).

- b. Memungkinkan masyarakat dan individu mengontrol kesehatan dan lingkungannya melalui pendidikan dan pemberdayaan.
- c. Membangun aliansi untuk kesehatan dan lingkungan yang mendukungnya sejalan dengan kerja sama dalam strategi dan kemampuan kesehatan dan lingkungan.
- d. Melakukan mediasi antara berbagai kepentingan masyarakat yang bertentangan guna menjamin akses yang adil untuk mewujudkan lingkungan yang mendukung kesehatan.

#### **4. *Reorient Health Service***

*Reorient* pelayanan kesehatan merupakan suatu proses adaptasi/penyesuaian struktur dan fungsi terhadap peminatan baru dalam kesehatan. Komponen yang paling umum adalah:

- a. Peningkatan upaya promotif dan upaya preventif
- b. Strategi pertumbuhan (pembangunan) kesehatan
- c. Keterlibatan lintas sektor dalam kesehatan

- d. Partisipasi masyarakat
- e. Peningkatan kesetaraan
- f. Memperluas desentralisasi

#### 5. *Developing Personal Skill*

Pengembangan keterampilan setiap anggota masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan Kesehatan mereka sendiri sangatlah penting. Dalam mewujudkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan tidak lepas dari keterampilan individu. Dengan harapan semakin banyak individu yang terampil dalam menjaga kebersihan diri sendiri dan juga lingkungan tempat tinggal, maka akan memberikan gambaran kondisi Kesehatan secara keseluruhan di wilayah tempat tinggal tersebut. Keterampilan individu sangatlah diperlukan dalam mewujudkan keadaan masyarakat yang sehat. Sebagai dasar untuk terampil tentunya individu dan masyarakat perlu dibekali, dilatih dan dibina dengan berbagai pengetahuan menjaga kesehatan dan teknik cara/pola hidup sehat, seperti;

- a. Mengenal berbagai jenis penyakit dan penyebabnya
- b. Mampu mencegah berbagai penyakit baik menular maupun tidak menular
- c. Mampu meningkatkan kesehatannya
- d. Mampu mencari pengobatan yang layak bilamana sakit

Promosi kesehatan mendukung pengembangan personal dan sosial melalui penyediaan informasi, pendidikan kesehatan, dan pengembangan keterampilan hidup. Dengan demikian, hal ini menyajikan berbagai opsi yang tersedia bagi masyarakat untuk melatih dalam mengontrol kesehatan dan lingkungan tempat tinggal mereka.

*Inter Personal Skill* adalah kecakapan atau keterampilan yang dimiliki oleh seseorang dalam hubungan dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi verbal maupun nonverbal dengan tujuan untuk

pengembangan kerja secara optimal. *Interpersonal skill* seseorang tercermin dari:

- a. Kemampuan berkomunikasi
- b. Membangun hubungan baik
- c. Kemampuan memotivasi
- d. Kemampuan kepemimpinan
- e. Kemampuan memasarkan diri sendiri
- f. Kemampuan bernegosiasi
- g. Kemampuan berpresentasi
- h. Kemampuan berkomunikasi di depan publik

### **C. Rangkuman**

Kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah seperangkat kebijakan, peraturan, maupun regulasi yang menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Tujuan kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah adanya keterlibatan pemerintah sebanyak mungkin di seluruh ruang lingkup pembangunan kesehatan. Pengembangan dan pengambilan kebijakan harus dipertimbangkan dan pengambilan kebijakan harus dipertimbangkan melalui proses berulang untuk melihat apakah kebijakan mampu memberikan dampak terhadap perubahan perilaku di berbagai tatanan. Kebijakan yang dihasilkan harus disosialisasikan ke masyarakat agar memberikan hasil. Implementasi kebijakan tentunya harus disertai dengan lingkungan yang mendukung kesehatan, baik lingkungan fisik, sosial-ekonomi, dan politik. Adaptasi terhadap kebutuhan pelayanan harus menyesuaikan dengan kebutuhan terkini dalam kesehatan, seperti peningkatan upaya promotif dan preventif, strategi pembangunan kesehatan, keterlibatan lintas sektor, partisipasi masyarakat, peningkatan kesetaraan, dan memperluas desentralisasi.

### **D. Evaluasi**

1. Apakah yang dimaksud dengan promosi kesehatan?
2. Jelaskanlah pentingnya kebijakan berwawasan kesehatan dalam tercapainya tujuan pembangunan kesehatan!

3. Hambatan penerapan kebijakan sangat terlihat dalam beberapa permasalahan kesehatan, berikan contoh!
4. Jelaskan strategi pertama dari *Ottawa Charter*!
5. Sebutkan prinsip-prinsip partisipasi masyarakat!
6. Jelaskan pentingnya *personal skill* dalam meningkatkan kesehatan!

## E. Daftar Pustaka

- Conyers, Diana. 1991. *Perencanaan Sosial di Dunia Ketiga*. Yogyakarta: UGM Press.
- Fertman, C.I & Allenworth, D.D., 2010. *Health Promotion Program: From Theory to Practice* C. L. Fertman & D. D. Allenworth, eds., United States: Jossey Bass
- Indonesia, P.P.K.K.K.R., 2009 *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan: Panduan bagi Kesehatan di Puskesmas*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: <http://books.google.co.id/book?id=sDKnWExH6tQC&pg=PA163&dq=tahap+tahap+konseling&hl=en&sa=X&ei=2O4PVJctahapkonseling&=false>
- Isbandi Rukminto Adi. 2007. *Perencanaan Partisipatoris Berbasis Aset Komunitas: Dari Pemikiran Menuju Penerapan*. Depok FISIP UI Press.
- Mikkelsen, Britha. 1999. *Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya-upaya Pemberdayaan*. Jakarta Yayasan Obor Indonesia
- RI. P.P.K.D.K. & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, F.U. 2009. *Promosi Kesehatan Komitmen Global daro Ottawa-Jakarta-Nairobi Menuju Rakyat Sehat*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Sumampouw, Monique. 2004. *Perencanaan Darat-Laut Yang Terintegrasi Dengan Menggunakan Informasi Spasial Yang Partisipatif.*” Jacub Rais, et al. *Menata Ruang Laut Terpadu*. Jakarta Pradnya Paramita. 91-117

# **BAB IV**

## **PRINSIP-PRINSIP**

### **PROMOSI KESEHATAN**

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mahasiswa memahami prinsip-prinsip promosi kesehatan
2. Tujuan promosi kesehatan
3. Sasaran promosi kesehatan
4. Jenis kegiatan promosi kesehatan
5. Prinsip promosi kesehatan.

#### **B. Materi**

##### **1. Pengertian Promosi Kesehatan**

WHO berdasarkan piagam *Ottawa* (1986) dalam Heri.D.J Maulana (2009) hal.19, mendefinisikan: promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri.

Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan seseorang untuk meningkatkan kontrol dan peningkatan kesehatannya. WHO menekankan bahwa promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri (Maulana, 2009).

##### **2. Tujuan Promosi Kesehatan**

Green, 1991 dalam Maulana, 2009 tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yaitu:

###### **a. Tujuan program**

Refleksi dari fase sosial dan epidemiologi berupa pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Tujuan program ini juga disebut tujuan

jangka panjang, contohnya mortalitas akibat kecelakaan kerja pada pekerja menurun 50% setelah promosi kesehatan lima tahun.

b. Tujuan Pendidikan

Pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan. Tujuan ini merupakan tujuan jangka menengah, contohnya: cakupan angka kunjungan ke klinik perusahaan meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan tiga tahun.

c. Tujuan Perilaku

Gambaran perilaku yang dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan. Tujuan ini bersifat jangka pendek, berhubungan dengan pengetahuan, sikap, tindakan, contohnya: pengetahuan pekerja tentang tanda-tanda bahaya di tempat kerja meningkat 60% setelah promosi kesehatan berjalan 6 bulan.

### **3. Sasaran Promosi Kesehatan**

Sasaran promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Agar promosi kesehatan dapat lebih tepat sasaran, maka sasaran tersebut perlu dikenali lebih rinci, dan jelas melalui pengelompokan sasaran promosi kesehatan, meliputi:

- a. Sasaran primer, yaitu mereka yang diharapkan dapat menerima perilaku baru.
- b. Sasaran sekunder, yaitu mereka yang memengaruhi sasaran primer.
- c. Sasaran tersier, yaitu mereka yang berpengaruh terhadap keberhasilan kegiatan seperti para pengambil keputusan atau penyumbang dana.

### **4. Jenis-jenis Kegiatan Promosi Kesehatan**

Ewlest & Simnet (1994) dalam Heri.D.J. Maulana (2009) hal. 26, mengidentifikasi tujuan area kegiatan promosi kesehatan yaitu:

a. Program Pendidikan Kesehatan

Program pendidikan kesehatan adalah kesempatan yang direncanakan untuk belajar tentang

kesehatan, dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam tingkah laku.

b. Pelayanan Kesehatan Preventif

Winslow (1920) dalam Level & Clark (1958) dalam Heri.D.J. Maulana (2009) hal. 27, mengungkapkan 3 tahap pencegahan yang dikenal dengan *teori five levels of prevention*, yaitu:

1) Pencegahan primer

Dilakukan saat individu belum menderita sakit,

2) Promosi Kesehatan (*health promotion*)

Kegiatan pada tahap ini ditunjukkan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.

3) Perlindungan Khusus (*specific protection*)

Berupa upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, dan peningkatan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkotik, dan penanggulangan stress.

4) Pencegahan Sekunder

a) Diagnosis dini dan pencegahan segera

b) Pembatasan kecacatan

5) Pencegahan tersier

Pada tahap ini upaya yang dilakukan adalah mencegah agar cacat yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental, dan sosial.

## 5. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan

Prinsip promosi kesehatan menurut WHO pada Ottawa Charter for Health promotion (1986) mengemukakan ada tujuh prinsip pada promosi kesehatan antara lain:

- a. *Empowerment* (pemberdayaan) yaitu cara kerja untuk memungkinkan seseorang untuk mendapatkan kontrol lebih besar atas keputusan

dan tindakan yang memengaruhi kesehatan mereka.

- b. *Participative* (partisipasi) yaitu diminta seseorang mengambil bagian aktif dalam mengambil keputusan.
- c. *Holistic* (menyeluruh) yaitu memperhitungkan hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan interaksi dari dimensi-dimensi tersebut.
- d. *Equitable* (kesetaraan) yaitu memastikan kesamaan atau kesetaraan hasil yang diperoleh klien.
- e. *Intersectoral* (antar sektor) yaitu berkerja dalam kemitraan dengan instansi terkait lainnya atau organisasi.
- f. *Sustainable* (berkelanjutan) yaitu memastikan bahwa hasil dari kegiatan promosi kesehatan yang berkelanjutan dalam jangka panjang.
- g. *Multi Strategy* yaitu berkerja pada sejumlah strategi daerah seperti program kebijakan.

Sedangkan menurut Michael, dkk., 2009 Prinsip-

Prinsip Promosi Kesehatan antara lain:

- a. Manajemen puncak harus mendukung secara nyata serta antusias program intervensi dan turut terlibat dalam program tersebut.
- b. Pihak pekerja pada semua tingkat ini pengorganisasian harus terlibat dalam perencanaan dan implementasi intervensi.
- c. Fokus Intervensi harus berdasarkan pada faktor risiko yang dapat didefinisikan serta dimodifikasi dan merupakan prioritas bagi pekerja.
- d. Intervensi harus disusun sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan pekerja.
- e. Sumber daya setempat harus dimanfaatkan dalam mengorganisasikan dan mengimplementasikan intervensi.
- f. Evaluasi harus dilakukan juga.
- g. Organisasi harus menggunakan inisiatif kebijakan berbasis populasi maupun intervensi promosi

kesehatan yang intensif dengan berorientasi pada perorangan dan kelompok.

- h. Intervensi harus bersifat berkelanjutan serta didasarkan pada prinsip-prinsip pemberdayaan dan atau model yang berorientasi pada masyarakat dengan menggunakan lebih dari satu metode.

### **C. Rangkuman**

Promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Prinsip-prinsip promosi kesehatan terdiri dari *empowerment*, *partisipatif*, *holistik*, kesetaraan, *intersectoral*, berkelanjutan, dan *multi strategi*.

### **D. Evaluasi**

1. Sebutkan tujuan dari promosi kesehatan?
2. Sebutkan sasaran promosi kesehatan?
3. Jelaskan jenis-jenis promosi kesehatan!
4. Prinsip-prinsip kesehatan?

### **E. Daftar Pustaka**

Bahan ajar Ayubi Dian (2010). Konsep Promosi Kesehatan. Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI.

<http://www.scribd.com/doc/40462631/Makalah-Strategi-Promosi-Kesehatan-Jadi> didownload pada tanggal 03 November 2013

Maulana, Herry. (2007). Promosi Kesehatan. Jakarta. EGC  
Notoatmodjo, Soekidjo. (2003) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta



# BAB V

## ADVOKASI PROMOSI KESEHATAN

### A. Tujuan Pembelajaran

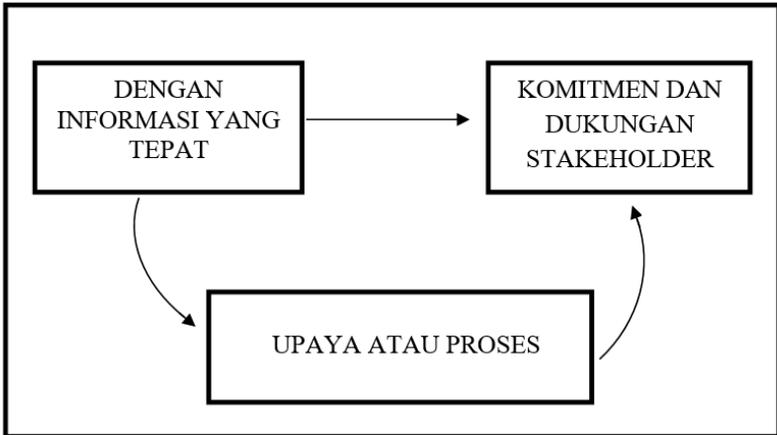
1. Mahasiswa memahami pengertian advokasi
2. Memahami hubungan advokasi dalam promosi kesehatan
3. Memahami strategi yang baik dalam melakukan advokasi.
4. Sasaran Advokasi

### B. Materi

#### 1. Pengertian

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan di bidang hukum atau pengadilan. Seseorang yang bersangkutan perkara pelanggaran hukum, agar memperoleh keadilan yang sungguh-sungguhnya. Mengacu *keypad* istilah advokasi di bidang hukum tersebut, maka advokasi dalam kesehatan diartikan upaya yang memperoleh pembelaan, bantuan, atau dukungan terhadap program kesehatan.

Menurut *Webster Encyclopedia* advokasi adalah “*act of pleading for supporting or recommding active espousal*” atau tindakan pembelaan, dukungan, atau rekomendasi: dukungan aktif. Menurut ahli retorik (foss and foss, et al : 1980) advokasi di artikan sebagai upaya persuasi yang mencakup kegiatan: penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut mengenai sesuatu hal. Menurut Hopkins (1990) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui macam-macam bentuk komunikasi persuasif. Dari beberapa catatan tersebut dapat disimpulkan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat. Sehingga advokasi dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 5.1 Proses Dan Arah Advokasi

Proses *advocacy* (advokasi) di bidang kesehatan mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984, salah satu strategi global pendidikan atau promosi kesehatan. WHO merumuskan, dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan strategi pokok, yakni: 1. *Advocacy* (advokasi), 2. *Social; support* (dukungan sosial) dan 3. *Empowerment* (pemberdayaan masyarakat).

Strategi global ini dimaksudkan bahwa, dalam pelaksanaan program kesehatan dalam masyarakat, maka langkah yang diambil adalah:

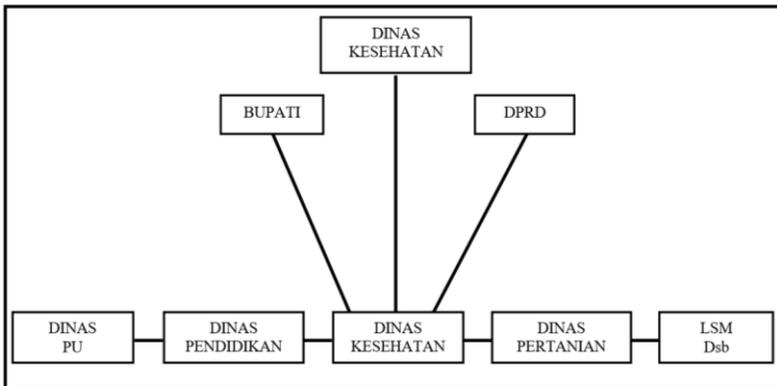
- a. Melakukan pendekatan / lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka menerima dan “*committed*”. Dan akhirnya mereka mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu dan mendukung program tersebut. kegiatan inilah yang disebut advokasi kesehatan para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah ini disebut sasaran tersier.
- b. Langkah selanjutnya adalah mereka melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh

masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari kegiatan ini agar para masyarakat setempat mempunyai kemampuan seperti diharapkan program, dan selanjutnya dapat membantu dalam menyebarkan informasi program atau melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Satu hal yang lebih penting lagi adalah agar para tokoh masyarakat berperilaku yang dapat diacu atau dicontoh oleh masyarakat. kegiatan inilah yang disebut dukungan sosial (*social support*).

- c. Selanjutnya petugas kesehatan bersama-sama tokoh masyarakat tersebut melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling, dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media.
- d. Advokasi diartikan sebagai upaya pendidikan terhadap orang lain dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, orang yang menjadi sasaran atau target advokasi ini para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi kemasyarakatan di berbagai jenjang administrasi pemerintah (tingkat pusat, provinsi, kecamatan dan kelurahan)

Dalam advokasi peran komunikasi sangat penting sebab dalam advokasi merupakan aplikasi dari komunitas interpersonal, maupun massa yang ditujukan kunci para penentu kebijakan (*decision makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial. Di sektoral kesehatan dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, sasaran advokasi adalah pimpinan eksekutif termasuk presiden dan legislatif, serta para pemimpin sektoral lain yang terkait dengan kesehatan di semua tingkat administrasi pemerintah, seperti tersebut di atas. Arah komunikasi dalam advokasi kesehatan dapat secara vertikal, yakni para pejabat di atas jenjang administrasi sektor kesehatan, maupun horizontal, yakni para pejabat lintas bersangkutan misalnya, advokasi yang harus

dilakukan oleh Dinas kesehatan kabupaten secara vertikal adalah kunci bupati, anggota DPRD kabupaten, dan kepala dinas kesehatan provinsi, sedangkan advokasi horizontal dapat dilakukan kunci para pejabat lintas sektor terkait kesehatan ditingkat kabupaten seperti pejabat dinas kesehatan di tingkat kabupaten seperti pejabat dinas pendidikan, pertanian, agama, pekerjaan umum, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) bidang kesehatan, dan sebagainya.



Gambar 5.2 Arus Komunikasi Advokasi kesehatan

Komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan memerlukan kiat khusus agar komunikasi tersebut efektif antara lain sebagai berikut:

- a. Jelas (*clear*): pesan yang disampaikan kunci sasaran harus disusun dengan sedemikian
- b. rupa sehingga jelas, baik isinya maupun bahasa yang digunakan.
- c. Benar (*correct*): apa yang disampaikan (pesan) harus didasarkan kebenaran. Pesan yang benar adalah pesan yang berdasarkan fakta dan data empiris.
- d. Kongkret (*concrete*): apabila petugas kesehatan dalam advokasi mengajukan usulan program yang dimintakan dukungan dari para pejabat terkait, maka harus dirumuskan dalam bentuk yang kongkrit (bukan kira-kira) atau dalam bentuk operasional.

- e. Lengkap (*complete*): timbul kesalahpahaman dan *missed* komunikasi adalah karena belum lengkapnya pesan yang disampaikan kepada orang lain.
- f. Ringkas (*concise*) pesan komunikasi harus lengkap, tetapi padat, tidak bertele-tele.
- g. Meyakinkan (*convince*): agar komunikasi advokasi kita diterima oleh pejabat, maka harus meyakinkan menggunakan bahasa kepentingan pembuat kebijakan agar komunikasi advokasi diterima.
- h. Kontekstual (*contextual*): artinya pesan atau program yang akan diadvokasi harus diletakkan atau dikaitkan dengan masalah pembangunan daerah bersangkutan. Pesan-pesan dan program-program kesehatan apapun harus dikaitkan dengan upaya-upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat pemerintah setempat.
- i. Berani (*courage*): seseorang petugas kesehatan yang akan melakukan advokasi kepada pejabat, harus mempunyai keberanian berargumentasi dan berdiskusi dengan para pejabat yang bersangkutan.
- j. Hati-hati (*contious*): meskipun berani, tetapi harus berhati-hati dan tidak boleh keluar dari etika berkomunikasi dengan para pejabat, hindari sikap “menggurui” para pejabat yang bersangkutan.
- k. Sopan (*courteous*): disamping hati-hati, advokator harus bersikap sopan, baik sopan dalam tutur kata maupun penampilan fisik, termasuk cara berpakaian advokasi adalah suatu kegiatan untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem dari para pembuat keputusan atau pejabat pembuat kebijakan (WHO, 1989). Oleh karena itu, tujuan utama advokasi adalah memberikan dorongan dan dukungan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan publik yang terkait dengan program-program kesehatan.

## 2. Prinsip Dasar Advokasi

Advokasi adalah kombinasi dari pendekatan atau kegiatan individu dan sosial, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan, kebijakan, penerimaan sosial, dan adanya sistem yang mendukung terhadap

suatu program kesehatan. Untuk mencapai tujuan advokasi ini. Dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan atau pendekatan. Untuk melakukan pendekatan advokasi yang efektif memerlukan argumentasi yang kuat. Oleh sebab itu prinsip-prinsip advokasi ini membahas tentang tujuan kegiatan dan argumentasi-argumentasi advokasi.

Dari batasan advokasi tersebut secara inklusif terkandung tujuan-tujuan advokasi yakni: *political commitment, policy support, social acceptance and sistem support*.

- a. Komitmen politik (*political comitment*)  
Komitmen para pembuat keputusan atau alat penentu kebijakan ditingkat dan di sekitar manapun terhadap permasalahan kesehatan tersebut. pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh keperluan politik yang sedang berjalan.
- b. Dukungan kebijakan (*policy support*)  
Dukungan kongkrit yang diberikan oleh para pemimpin institusi di semua tingkat dan semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan disektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dilanjutkan dengan dikeluarkannya kebijakan kongkrit dari para pembuat keputusan tersebut.
- c. Penerima sosial (*sosial acceptance*)  
Penerimaan sosial artinya diterima suatu program oleh masyarakat, suatu program kesehatan apapun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut, yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat.
- d. Dukungan sistem (*System Support*)  
Adanya sistem atau organisasi kerja yang memasukan unit pelayanan atau program kesehatan dalam dalam suatu institusi atau sektor pembangunan adalah mengindikasikan adanya dukungan sistem.

### 3. Metode dan Teknik Advokasi

Seperti yang diuraikan di atas bahwa tujuan utama advokasi di sektor kesehatan adalah memperoleh komitmen pembuat keputusan segala tingkat. Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan itu semua ada macam-macam, antara lain:

- a. Lobi Politik (*political lobbying*)  
Lobi adalah bincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang dilaksanakan.
- b. Seminar/presentasi  
Seminar/presentasi yang di hadiri oleh para pejabat lintas program dan sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian dibahas bersama-sama, yang diharapkan memperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.
- c. Media  
Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan mengumpulkan media, khususnya media massa.
- d. Perkumpulan (asosiasi) peminat  
Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau interest terhadap permasalahan tertentu atau perkumpulan profesi, juga merupakan bentuk advokasi.

### 4. Argumentasi untuk Advokasi

Secara sederhana, advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sedemikian rupa sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas dan dana terhadap program ditawarkan.

Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, memerlukan

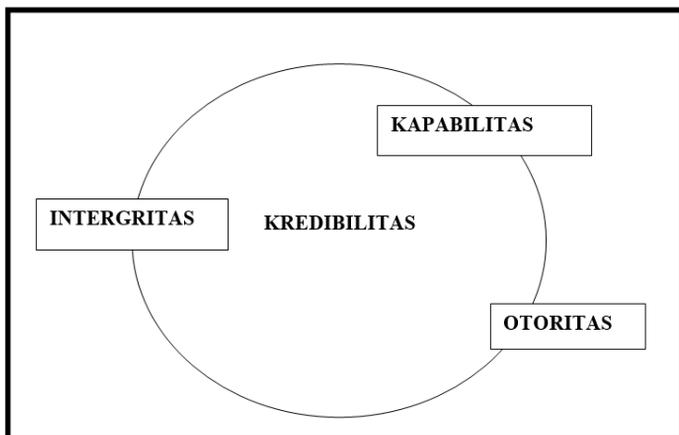
argumentasi-argumentasi yang kuat. Dengan kata lain, berhasil tidaknya advokasi tergantung pada kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Di bawah ini ada beberapa hal dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi, antara lain:

a. Kredibilitas (*creadibile*)

Kredibilitas (*creadibile*) adalah suatu sifat pada seseorang atau institusi yang menyebabkan orang atau pihak lain, mempercayainya atau meyakinkannya.

Orang akan melakukan advokasi (petugas kesehatan) harus *creadible*. Seseorang itu *creadible* apabila mempunyai 3 sifat, yakni

- 1) *Capability* (kapabilitas), yakni mempunyai kemampuan tentang bidangnya.
- 2) *Authority* (otoritas), yakni adanya otoritas atau wewenang yang dimiliki seseorang berdasarkan aturan organisasi yang bersangkutan.
- 3) *Integrity* (integritas), adalah komitmen seseorang terhadap jabatan atau tanggung jawab yang diberikan kepadanya.



Gambar 5.3 Skema Kredibilitas

- b. Layak (*feasible*)  
Artinya program yang diajukan tersebut baik secara tehnik, politik, maupun ekonomi dimungkinkan atau layak. Secara tehnik layak (*feasible*) artinya program tersebut dapat dilaksanakan. Artinya dari segi petugas yang melaksanakan program tersebut, mempunyai kemampuan yang baik atau cukup.
- c. Relevan (*relevant*)  
Artinya program yang diajukan tersebut tidak mencakup 2 kriteria, yakni : memenuhi kebutuhan masyarakat yang benar-benar memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat.
- d. Penting dan mendesak (*Urgent*)  
Artinya program yang diajukan harus mempunyai urgensi yang tinggi: harus segera dilaksanakan dan kalau tidak segera dilaksanakan akan menimbulkan masalah
- e. Prioritas Utama (*high priority*)  
Artinya program yang diajukan tersebut harus mempunyai prioritas yang tinggi.

## 5. Unsur Dasar Advokasi

Ada 8 unsur advokasi yaitu:

- a. Penetapan tujuan advokasi  
Agar upaya advokasi dapat berhasil tujuan, advokasi perlu dibuat lebih spesifik berdasarkan pertanyaan berikut apakah isu masalah itu dapat menyatukan atau membuat berbagai kelompok bersatu dalam suatu koalisi yang kuat? Apakah tujuan advokasi dapat dicapai? Apakah tujuan advokasi memang menjawab permasalahan?

Menurut Regina dkk. dalam buku *Health Promotion Program From To Practice* halaman 183-184 di jelaskan dalam mencapai sebuah tujuan yang dalam advokasi ada 5 pertanyaan kunci:

- 1) Apakah yang dilakukan?  
Aksi atau kegiatan apa yang harus dilakukan?  
Membuat hukum baru, peraturan, pelayanan,

atau penelitian? Kegiatan yang akan dilakukan harus menarik sehingga membuat orang mau untuk bekerja dan juga harus sekecil mungkin paling tidak dapat dikerjakan dalam waktu satu atau dua tahun untuk membuat orang tetap tertarik pada program tersebut.

- 2) Siapa yang akan melakukan?  
Siapa yang sebenarnya memiliki kewenangan untuk membuat perubahan? Misalnya, bisa wali kota, dewan kota, atau negara atau lembaga federal atau legislatif.
- 3) Apa yang harus didengar oleh audiensi?  
Pesan advokasi yang akan membuat masyarakat untuk berubah. Pesan advokasi yang efektif memiliki dua bagian: perbandingan manfaat dan perbandingan pada diri.
- 4) Siapa yang akan menyampaikan pesan kepada audiensi?  
Utusan mana yang akan direkrut dan yang paling persuasif? Sebuah kampanye advokasi membutuhkan campur tangan orang-orang yang dapat berbicara tentang pengalaman pribadi, orang-orang dengan otoritas yang akan diakui dan lain-lain. Atau orang-orang dengan daya tarik khusus sesuai dengan sasaran yang akan dituju.
- 5) Apa yang dilakukan untuk mencapai *point* yang diharapkan?  
Apa yang orang tanyakan? Yang harus dilakukan untuk mencapai pesan? Pilihan adalah banyak: orang yang bisa diminta untuk lobi pejabat dengan sopan atau protes di depan kantor-kantor mereka, membuat sebuah artikel koran, atau menghadiri pertemuan kota, secara umum, tindakan yang baik untuk melakukan advokasi adalah mereka yang membutuhkan, dengan usaha minimal dan konfrontasi tetapi masih dapat menyelesaikan pekerjaan mereka.

- b. Pemanfaatan data riset untuk advokasi  
Adanya data dan riset pendukung sangat penting agar keputusan dapat dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar
- c. Identifikasi khalayak sasaran advokasi  
Bila isu dan tujuan telah disusun, upaya advokasi harus ditujukan bagi kelompok yang dapat membuat keputusan dan idealnya ditujukan bagi orang yang berpengaruh dalam pembuatan keputusan.
- d. Pengembangan dan penyampaian pesan advokasi  
Khalayak sasaran berbeda bereaksi tidak sama atas pesan yang berbeda. Seseorang tokoh politik mungkin termotivasi kalau dia mengetahui bahwa banyak dari konstituen yang diwakilinya peduli terhadap masalah tertentu. Seseorang Menkes mungkin akan mengambil keputusan ketika kepada yang bersangkutan disajikan data rinci mengenai besarnya masalah kesehatan tertentu. Jadi penting diketahui apa yang diperlukan agar khalayak sasaran dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator.
- e. Membangun koalisi  
Sering sekali kekuatan sebuah advokasi dipengaruhi oleh jumlah orang atau organisasi yang mendukung advokasi tersebut. Hal ini sangat penting di mana situasi di negara tertentu sedang membangun masyarakat demokratis dan advokasi merupakan suatu yang relatif baru.
- f. Membuat prestasi yang persuasif  
Kesempatan untuk memengaruhi khalayak sasaran kunci sering kali terbatas waktunya. Kecermatan dan kehati-hatian dalam menyiapkan argumen meyakinkan atau model/cara presentasi dapat merubah kesempatan terbatas ini menjadi upaya advokasi yang berhasil. Apa yang akan disampaikan oleh kelompok advokator dan

bagaimana penyampaian pesan tersebut menjadi penting.

- g. Penggalangan dana untuk advokasi  
Semua kegiatan termasuk upaya advokasi memerlukan dana. Mempertahankan upaya memerlukan waktu, energi dalam penggalangan dana atau sumber daya lain untuk menunjang upaya advokasi.
- h. Evaluasi upaya advokasi  
Untuk menjadi upaya advokator yang tangguh diperlukan umpan baik berkelanjutan serta evaluasi serta atas upaya advokasi yang telah dilakukan.

## **6. Pendekatan Utama Advokasi**

Ada 5 pendekatan utama dalam advokasi (UNFPA Dan BKKBN 2002) yaitu:

- a. Melibatkan para pemimpin  
Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan publik sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah sosial termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu, sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.
- b. Bekerja dengan media massa  
Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini publik atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi.
- c. Membangun kemitraan  
Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi-organisasi dan sektor lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh, kelompok yang

bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama/hampir sama.

d. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok-kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan memobilisasi dimaksudkan agar termotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

e. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas disini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan Dan mengelola program yang komprehensif dan membangun *critical mass* pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain.

## 7. Mekanisme dan Metode Advokasi

Dari berbagai pengalaman nasional maupun global, dapat diidentifikasi berbagai mekanisme dan metode yang digunakan berbagai mekanisme dan metode yang digunakan oleh advokator masalah kesehatan masyarakat (Wise, 2001). Pemanfaatan media massa hampir selalu ada untuk mengangkat isu publik agar menjadi perhatian politis. Media massa ini mencakup semua yaitu koran, media TV bahkan akhir ini ditingkat global. Di samping itu, rapat umum, pertemuan kelompok *profesional*, *newsletter*, *event* tertentu juga dimanfaatkan untuk kegiatan advokasi. Pada intinya advokator kesehatan masyarakat menggunakan metode apa pun yang dapat menginformasikan, membujuk, memotivasi masyarakat, pengelola program dan politisi agar mereka melindungi dan mendukung upaya promosi kesehatan. Teknik persuasif yang sering digunakan dalam advokasi (UNFPA & BKKBN, 2002) Adalah sebagai berikut:

- a. Lobi, yaitu merupakan proses untuk mencapai tujuan kebijakan publik melalui penerapan tekanan politik terpilih. Kelompok advokator dapat melakukan kegiatan lobi yang terkait dengan undang-undang atau isu tertentu.
- b. Petisi, yaitu cara formal dan tertulis untuk mencapai gagasan advokator dimana dicoba memberikan tekanan kolektif terhadap para pembuat keputusan. Biasanya dalam petisi sudah jelas tertulis, yaitu pernyataan pendek dan jelas tentang apa isunya dan tindakan apa yang diharapkan untuk itu. Kemudian ada tempat bagi individu atau organisasi yang mendukung petisi tersebut dengan menulis nama, tanda tangan dan alamat bila perlu. Semakin banyak pendukung, semakin meningkat perhatian menerima petisi.
- c. Debat, hal ini terjadi bila ada dua atau lebih individu yang berbeda pendapat tentang suatu masalah tertentu. Diperlukan suatu moderator yang mengatur diskusi dan waktu yang tersedia untuk debat.
- d. Negosiasi, resolusi konflik. Suatu pendekatan untuk mengembangkan solusi yang saling menguntungkan dalam situasi konflik, adalah penerapan suatu model pengembangan negosiasi. Model ini melihat negosiasi sebagai suatu proses dalam konteks membangun hubungan dimana advokator mendorong pihak-pihak untuk mengungkapkan secara terbuka kebutuhan dan keinginannya dan memungkinkan untuk dikembangkan kemauan baik ada timbal balik dari waktu ke waktu.

## **8. Langkah-Langkah Advokasi**

Advokasi adalah suatu proses atau kegiatan yang hasil akhirnya adalah diperolehnya dukungan dari para pembuat keputusan terhadap program kesehatan yang ditawarkan atau diusulkan, oleh sebab itu proses ini antara lain melalui langkah-langkah berikut:

- a. Tahap Persiapan  
Persiapan advokasi yang paling penting adalah menyusun bahan (materi) atau instrumen advokasi.
- b. Tahap Pelaksana  
Pelaksanaan advokasi sangat tergantung dari metode atau cara advokasi. Cara advokasi yang sering digunakan adalah lobi dan seminar atau presentasi.
- c. Tahap Penilaian  
Seperti disebutkan di atas bahwa hasil advokasi yang sering diharapkan adalah adanya dukungan dari pembuat keputusan, baik dalam bentuk perangkat lunak (*software*) maupun perangkat keras (*hardware*). Oleh sebab itu, untuk menilai atau mengevaluasi keberhasilan advokasi dapat digunakan indikator-indikator seperti di bawah ini:
  - 1) *Software* (perangkat lunak): misalnya dikeluarkannya:
    - a) Undang-undang
    - b) Peraturan pemerintah
    - c) Peraturan pemerintah daerah (perda)
    - d) Keputusan menteri
    - e) Surat keputusan gubernur/bupati
    - f) Nota kesepahaman (MOU), Dan sebagainya
  - 2) *Hardware* (piranti keras):misalnya:
    - a) Meningkatnya anggaran kesehatan dalam APBN atau APBD
    - b) Meningkatnya anggaran untuk satu program yang di prioritaskan
    - c) Adanya bantuan peralatan, saran atau prasarana program dan sebagainya

### C. Rangkuman

Advokasi secara harafiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai

permasalahan. Advokasi adalah suatu kegiatan untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan dukungan sistem dari para pembuat keputusan atau pejabat pembuat kebijakan (WHO, 1989). Oleh karena itu, tujuan utama advokasi adalah memberikan dorongan dan dukungan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan publik yang berkaitan dengan program-program kesehatan.

Advokasi sebagai salah satu strategi promosi kesehatan untuk mendukung perubahan perilaku individu maupun masyarakat. hal yang terpenting dalam melakukan sebuah advokasi adalah apa yang disajikan oleh advokator kepada para pembuat kebijakan dan pembuat keputusan. Bagaimana mereka meyakinkan pihak bersangkutan melalui sajian informasi yang akurat, lengkap, kongkret, benar dan jelas adanya. Serta bagaimana mereka menciptakan kesan persuasif sehingga para pembuat kebijakan tertarik terhadap apa yang mereka sajikan.

## **D. Evaluasi**

### **1. Soal 1**

- a. Apakah arti Advokasi menurut WHO?
- b. Sebutkan strategi pokok yang paling efektif untuk mencapai visi dan misi menurut WHO? Jelaskan.
- c. Sebutkan 5 kiat khusus agar komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan menjadi efektif? Jelaskan
- d. Sebutkan dan jelaskan tujuan advokasi secara inklusif?
- e. Sebutkan dan jelaskan teknik advokasi?
- f. Dalam penentuan tujuan advokasi, pertanyaan kunci apa saja yang harus dipersiapkan?
- g. Sebutkan 5 pendekatan utama dalam advokasi (UNFPA Dan BKKBN, 2002)?
- h. Jelaskan langkah-langkah dalam advokasi?

### **2. Soal 2-Kasus**

- a. Kasus angka kematian bayi (AKB) di kabupaten X pada tahun 2016 50/1000 KH. Menurut beberapa hasil survei dan riset yang dilakukan, ternyata

masih banyak ibu bersalin yang ditolong oleh non tenaga kesehatan (dukun).perilaku ibu memilih pertolongan persalinan pada dukun ternyata dipengaruhi anggapan bahwa tenaga kesehatan (bidan) masih sangat muda belum berpengalaman. Sehingga seorang tenaga promosi kesehatan, bagaimana sikap anda ditinjau dari segi advokasi permasalahan yang ada?

- b. Isu rokok Dan kawasan tanpa rokok (KTR) makin marak diperbincangkan. Hanya saja saat ini progresnya masih terkesan lambat. Khususnya di Kota Samarinda. Sebagai seseorang promosi kesehatan, bagaimana solusi konkret secara advokasi yang dapat Anda berikan?

#### **E. Daftar Pustaka**

- Notoatmodjo, seokidjo. 2005. Promosi kesehatan teori dan aplikasi. Hal 201-236. Jakarta: Rineka Cipta.
- Regina A, Dkk. 2010. *Advocacy. Health Promotion Programs From Theory To Practice. Page 182-202. Jossey-bass, A Wiley Imprint: California.*
- UNFPA dan BKKBN. 2002. Advokasi, Aksi, Perubahan, dan komitmen. Disusun untuk Pengembangan kemampuan Advokasi proyek INS/P01. Jakarta



## **BAB VI**

### **KEMITRAAN**

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mahasiswa memahami pengertian kemitraan dalam promosi kesehatan
2. Mahasiswa memahami prinsip dan unsur-unsur kemitraan dalam promosi kesehatan
3. Mahasiswa memahami jenis-jenis kemitraan dalam promosi kesehatan
4. Mahasiswa memahami peran mitra dalam promosi kesehatan
5. Mahasiswa memahami langkah-langkah dalam membangun kemitraan
6. Mahasiswa memahami jenjang kemitraan
7. Mahasiswa memahami *public-private partnership*, kemitraan untuk promosi kesehatan diberbagai institusi, keberhasilan kemitraan serta evaluasi kemitraan.

#### **B. Materi Pembelajaran**

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama dalam setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Oleh karena itu, sektor kesehatan hendaknya menjalin kerja sama atau kemitraan (*partnership*) dengan sektor-sektor terkait. Di Indonesia istilah gotong royong memiliki esensi kemitraan. Istilah ini merupakan perwujudan dari kerja sama yang saling membantu, saling menguntungkan dan sama-sama meringankan pencapaian suatu tujuan yang telah mereka sepakati bersama.

##### **1. Definisi Kemitraan**

Menurut Robert Davis dalam Notoatmodjo, ditarik suatu prinsip umum bahwa kemitraan suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjau kembali terhadap

kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjau kembali terhadap kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Menurut batasan ini, terdapat 3 kata kunci dalam kemitraan, yaitu:

- a. Kerja sama antarkelompok, organisasi, dan individu
- b. Bersama-sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama)
- c. Saling menanggung resiko dan keuntungan.

Setiap pihak yang terlibat dalam kemitraan harus memiliki kerelaan diri untuk bekerja sama, melepaskan kepentingan masing-masing, kemudian membangun kepentingan bersama. Sehingga, dalam membangun kemitraan, harus didasarkan oleh hal-hal berikut:

- a. Kesamaan perhatian dan kepentingan
- b. Saling mempercayai dan saling menghormati
- c. Tujuan yang jelas dan terukur
- d. Kesiediaan untuk berkorban, baik waktu, tenaga maupun sumber daya yang lain.

Dari definisi diatas, kemitraan memiliki beberapa karakteristik sifat, yaitu:

- a. Insidental
- b. Jangka Pendek
- c. Jangka panjang

Kemitraan memiliki beberapa landasan, yaitu

- a. Saling memahami kedudukan, tugas, fungsi dan struktur masyarakat
- b. Saling memahami kemampuan (*capacity*)
- c. Saling menghubungi (*linkage*)
- d. Saling mendekati (*proximity*)
- e. Saling bersedia membantu dan dibantu (*openness*)
- f. Saling mendorong atau mendukung (*sinergy*)
- g. Saling menghargai kenyataan masing-masing (*reward*)

## 2. Prinsip-Prinsip Kemitraan

Dalam membangun sebuah kemitraan, terdapat beberapa prinsip yang harus dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan, yakni:

a. Persamaan (*Equity*)

Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa setara. Oleh sebab itu di dalam forum kemitraan, asa demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu anggota memaksa kehendak *keypad* yang lain karena masa lebih tinggi, Dan tidak adanya dominasi terhadap yang lain.

b. Keterbukaan (*transparancy*)

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lain. Demikian juga berbagai sumber daya yang miliki oleh anggota yang lain maksudnya adalah untuk memahami satu dengan yang lain sehingga tidak ada rasa saling curiga. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi Dan saling membantu di antara anggota (mitra).

c. Saling menguntungkan (*Mutual Benefit*)

Saling menguntungkan disini, lebih dilihat keypad non materi, yakni dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan.

d. Pendekatan berorientasi hasil

e. Tanggung jawab

f. Saling melengkapi

## 3. Unsur Pokok dalam Kemitraan

a. Unsur pemerintah. Unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain : kesehatan sebagai sektor kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, dan sebagainya.

b. Dunia usaha atau unsur swasta (*private sector*) atau kalangan bisnis, yakni: dari kalangan pengusaha, industriawan, Dan para pemimpin berbagai perusahaan

- c. Unsur organisasi non pemerintah atau sering disebut ornop atau “*non government organization*) (NGO), yang meliputi dua unsur penting, yakni unsur LSM dan ormas termasuk yayasan bisa kesehatan serta organisasi profesi seperti IAKMI, PPNI Dan PPPKMI.

#### 4. Jenis Kemitraan

Berdasarkan bentuknya, kemitraan dapat berupa:

- a. Pemanfaatan forum komunikasi yang sudah ada
- b. Pemanfaatan kegiatan mitra yang sudah berjalan
- c. Memanfaatkan tatanan budaya setempat
- d. Membentuk forum komunikasi kemitraan yang baru

Berdasarkan tujuan, kemitraan meliputi;

- a. *Potential partnership*: pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.
- b. *Nascent partnership*: pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisien kemitraan tidak maksimal
- c. *Complementary partnership*: pada kemitraan *patnrnership*/mitra mendapatkan keuntungan Dan pertambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktifitas yang tetap Dan *resource mobilization*.
- d. *Synergistic partnership*: kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan Dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistematis melalui penambahan ruang lingkup aktifitas baru seperti advokasi dan penelitian.

#### 5. Peran Mitra

Dalam kemitraan dapat berperan sebagai:

- a. Inisiator: memprakarsai kemitraan dalam rangka sosialisasi dan operasionalisasi Indonesia Sehat
- b. Motor/dinamisator: sebagai penggerak, melalui pertemuan, kegiatan bersama, dll.
- c. Fasilitator : memfasilitasi, memberi kemudahan sehingga kegiatan kemitraan dapat berjalan lancar.

- d. Anggota aktif: berperan sebagai anggota kemitraan aktif
- e. Peserta kreatif: sebagai peserta kegiatan kemitraan yang kreatif
- f. Pemasukan *input* teknis: memberi masukan teknis (program kesehatan)
- g. Dukungan sumber daya: memberi dukungan sumber daya sesuai dengan, masalah dan potensi yang ada.

## **6. Langkah Memberikan Kemitraan Tahap Membangun Kemitraan**

Dalam membangun kemitraan, dilakukan melalui tiga tahap;

- a. Kemitraan lintas program dilingkungan sektor kesehatan sendiri. Direktorat Promosi Kesehatan, kesehatan keluarga, P2M, lingkungan, gizi, Dan sebagainya.
- b. Kemitraan lintas sektor dilingkungan institusi pemerintah : kementerian kesehatan, pendidikan nasional, pertanian, kehutanan dan sebagainya.
- c. Kemitraan lintas program, lintas sektor, lintas bidang Dan lintas organisasi yang mencakup unsur pemerintah, dunia usaha, LSM Dan ormas, unsur organisasi profesi.

Langkah dalam Pengembangan Kemitraan;

- a. Penjajagan
- b. Penyamaan persepsi
- c. Pengaturan peran
- d. Komunikasi intensif
- e. Melakukan kegiatan
- f. Pemantauan dan penilaian

## **7. Jenjang Kemitraan (tambah contoh)**

- a. *Full collaboration*: tingkat atau jenjang tertinggi dimana terdapat kesepakatan tertulis, adanya pembagian visi, daya baru, dan adanya pembagian resiko dan penghargaan

- b. *Coalition*: terdapat kesepakatan formal, semua anggota turut terlibat di dalamnya, adanya sumber daya baru, dan ada anggaran bersama.
- c. *Partnership*: terdapat kontrak formal, adanya sumber daya baru, adanya pembagian risiko dan penghargaan.
- d. *Alliance*: bentuk semi formal, ada beberapa sumber daya baru, adanya koordinasi tugas
- e. *Network*: memiliki ciri hubungan yang tidak terkait dan tidak ada pemanfaatan/keuntungan yang didapat secara signifikan.

## 8. Keberhasilan kemitraan

- a. Adanya komitmen/kesepakatan bersama
- b. Adanya kerja sama yang harmonis
- c. Adanya koordinasi yang baik
- d. Adanya kepercayaan antar mitra
- e. Adanya kejelasan tujuan akan dicapai
- f. Adanya kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing mitra

Prinsip-prinsip utama yang harus ada untuk menciptakan keberhasilan kemitraan dikemukakan oleh (NACCHO, tahun hal 16):

### a. *Mutual understanding*

Mitra harus saling mengerti kebutuhan masing-masing, perspektif sumberdaya, bahasa Dan tujuan supaya dapat berkomunikasi yang efektif dengan mitra.

### b. *Securing trust*

Tidak ada kemitraan yang berhasil tanpa adanya kepercayaan. Membangunkan kepercayaan membutuhkan waktu yang lama, menjaga komitmen dan janji adalah salah satu indikator yang dapat diukur. Terbuka dan jujur termasuk di dalamnya terkait perencanaan, sumber daya yang ada, dan diperlukan adalah elemen penting dalam kemitraan.

c. *Clarity of goals*

Untuk menjalin kemitraan, diskusi dan kesepakatan terkait misi dan tujuan bersama harus jelas diawal, beserta pencapaian jangka pendek dan jangka panjang beserta peran dari masing-masing mitra.

d. *Finding champions*

Mencari pihak-pihak yang dapat mendukung inisiatif kemitraan merupakan poin yang krusal untuk menjaga kelangsungan dan keberhasilan kemitraan.

e. *Sharing Data*

Memastikan data dari kegiatan tersimpan rapi akan sangat membantu. Saling berbagi data dengan pihak mitra akan menjaga keberhasilan kerjasama dengan mitra.

f. *Recognizing Contributions*

Pengakuan kontribusi dari masing-masing mitra penting untuk kemajuan kemitraan.

*Ensuring mutual benefit* kemitraan yang efektif akan terjadi ketika masing-masing mitra bekerja untuk tujuan bersama yang menguntungkan.

g. *Insuring productivity*

Pertemuan yang efisien perlu direncanakan untuk membantu pengembalian kebijakan Dan memastikan semua aktifitas terlaksana. Dalam setiap pertemuan perlu dibuat adanya agenda Dan tujuan untuk menghasilkan kegiatan yang dilakukan, *time tables*, dan penanggung jawab. Lokasi dan waktu pertemuan harus dipastikan nyaman bagi semua mitra dan pihak yang terlibat.

## 9. **Evaluasi Kemitraan**

Kemitraan merupakan suatu sistem, artinya dalam mengembangkan konsep kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem. Dan kemitraan dapat di evaluasi dengan pendekatan sistem.

a. *Input*

*Input* sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama SDM Dan sumber daya yang lain seperti dana, sistem informasi, teknologi, Dan sebagainya. Mulai dari *input*, kemitraan dapat dilihat Dan dievaluasi untuk membantu Dan memberikan gambaran masukan proses kemitraan selanjutnya. Indikator evaluasi *input* dari kegiatan kemitraan contohnya adalah ada tidaknya kebijakan terkait kemitraan yang akan dijalankan, ada tidaknya perencanaan jelas terkait kemitraan dan peran mitra.

b. Proses, proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. kegiatannya antara lain melalui lokakarya, seminar, pelatihan, semiloka, dan sebagainya.

c. *Output*. Adalah terbentuknya jaringan kerja atau *networking*, aliansi, forum dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur seperti telah disebutkan di atas. Di samping itu, uraian tugas dan fungsi anggota mitra juga merupakan *output* dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

d. *Outcome*. *Outcome* adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

### C. Rangkuman

Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu (a) kerja sama antara kelompok, organisasi, dan individu (b) bersama-sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama) (c) saling menanggung risiko dan keuntungan. Karakteristik kemitraan (a) insidental (b) jangka pendek (c) jangka panjang. Terdapat empat prinsip kemitraan, yaitu

keterbukaan, saling menguntungkan, pendekatan berorientasi hasil, tanggung jawab, dan saling melengkapi. Terdapat 3 dalam unsur kemitraan, yaitu unsur pemerintah, dunia usaha, Dan unsur organisasi non pemerintah atau *non hoverment organization* (NGO). Kemitraan dinyatakan berhasil jika ada komitmen bersama, kerja sama yang harmonis, koordinasi yang baik, kepercayaan antar mitra, kejelasan tujuan akan dicapai, dan adanya kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing mitra.

#### **D. Evaluasi**

Jawablah soal dibawah ini dengan singkat dan jelas

1. Apakah yang dimaksud dengan kemitraan?
2. Apakah indikator keberhasilan kemitraan ?
3. Sebutkan 4 prinsip kemitraan!
4. Jelaskan cara evaluasi kemitraan dengan pendekatan sistem!
5. Terdapat 3 kata kunci dalam kemitraan, sebutkan!

#### **E. Daftar Pustaka**

- Mitchell, Marc. *An Overview of Publik Private Partnership Health. Harvard school of Publik Health*
- Notoadmodjo, S., 2007, *Promosi Kesehatan Dan ilmu perilaku*, Rinekaa cipta, jakarta
- National Assiation of City and Country Health officials. 2008. Community Health Partnership: Tools and Information for Development and Support. US.*



## **BAB VII**

# **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

Pada bagian ini diharapkan setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat memahami dan menjelaskan kembali tentang batasan, pengertian, tujuan, prinsip, ciri, sasaran dan indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat.

### **B. Materi Pembelajaran**

#### **1. Pengertian**

Pada dasarnya kesehatan adalah setiap orang atau individu yang sangat berharga, sehingga menjaga kesehatan merupakan kewajiban dan tanggung jawab setiap individu yang bersangkutan. Oleh karena itu, sebagai wujudnya maka setiap individu harus memiliki kemampuan atau kemandirian (*self reliance*) dalam menjaga kesehatan. Istilah lainnya adalah individu atau masyarakat yang berdaya sebagai hasil pemberdayaan masyarakat adalah individu atau masyarakat yang mandiri. Itu sebabnya pemberdayaan masyarakat merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan.

Berdasarkan tinjauan istilah, konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat) dan tahap selanjutnya muncul istilah pembangunan yang digerakan masyarakat (*Empowerment Group*). Pemberdayaan masyarakat didefinisikan sebagai suatu upaya atau proses yang diharapkan dapat menumbuhkan kesadaran, kemauan Dan kemampuan masyarakat untuk dapat mengerti, mengenali, mencari tahu, mencegah, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri (Notoadmodjo, 2007).

## 2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Batasan pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan sehingga secara bertahap tujuan pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk:

- a. Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara pemelihara Dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan. Kesadaran Dan pengetahuan merupakan tahap awal timbulnya kemampuan, karena kemampuan merupakan hasil proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar *keypad* subyek belajar. Oleh sebab itu, masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan juga melalui proses belajar kesehatan yang dimulai dengan diperoleh informasi kesehatan. Dengan informasi kesehatan menimbulkan kesadaran akan kesehatan dan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan. Dengan informasi kesehatan menimbulkan kesadaran akan kesehatan dan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan. Sebagai contoh misalnya masyarakat dengan kesadaran berusaha untuk mencari tahu informasi-informasi kesehatan melalui berbagai media secara mandiri, masyarakat sadar bahwa merokok dapat menyebabkan masalah kesehatan, masyarakat sadar bahwa BABS dapat menyebabkan timbulnya penyakit, dll.
- b. Timbulnya kemampuan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjut dari kesadaran Dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan.

Oleh sebab itu, teori lain kondisi semacam ini disebut sikap atau niat sebagai indikasi akan timbulnya suatu tindakan. Kemauan ini mungkin dapat dilanjutkan ke tindakan tetapi mungkin juga tidak atau berhenti pada kemauan saja. Berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung dari berbagai faktor. Faktor yang paling utama yang mendukung berlanjutnya kemauan adalah sarana atau prasarana untuk mendukung tindakan tersebut. dapat dikatakan bahwa setelah masyarakat menyadari pentingnya kesehatan maka mereka akan memiliki kemauan untuk menjaga kesehatannya. Sebagai contoh, setelah masyarakat menyadari pentingnya kesehatan maka mereka akan memiliki kemauan untuk menjaga kesehatannya. Maka mereka memiliki niat atau atensi untuk berhenti merokok.

- c. Timbulnya kemampuan masyarakat di bidang kesehatan berarti masyarakat, baik secara individu maupun kelompok telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan berarti masyarakat, baik secara individu maupun kelompok telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat. Sebagai contoh masyarakat mewujudkan niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat. Sebagai contoh masyarakat mewujudkan biatnya dengan bertindak menghentikan kebiasaan merokok yang selama ini sudah menjadi kebiasaan mereka.

Seseorang atau masyarakat dapat dikatakan masyarakat yang mandiri di bidang kesehatan apabila:

- 1) Pengetahuan yang dimiliki masyarakat ataupun individu mampu melakukan identifikasi atau mampu mengenali adanya masalah kesehatan dan juga mampu mengetahui faktor-faktor yang diduga menjadi penyebabnya, sebagai contoh BABS

dapat menyebabkan masalah Diare, kondisi rumah yang tidak sehat dapat menyebabkan ISPA, atau TB, dll

- 2) Masalah gizi kurang yang disebabkan karena asupan makan yang tidak memenuhi seluruh zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, ataupun masalah gizi lebih yang disebabkan karena asupan tinggi lemak.
  - 3) Masalah kesehatan pada pekerja dapat terjadi karena lingkungan kerja yang tidak sehat seperti bising, penerapan kurang, ataupun peralatan kerja yang digunakan tidak ergonomis
  - 4) Masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksi seperti penggunaan alat kontrasepsi, kesehatan ibu dan anak
- b. Masyarakat mampu mengatasi masalah kesehatannya sendiri, misalnya memanfaatkan tanaman di sekitar mereka sebagai obat keluarga, gerakan jumat bersih di desa, membuat tabungan untuk ibu bersalin, membuat arisan jamban sehat, dll.
  - c. Masyarakat mampu meningkatkan derajat kesehatannya, misalnya melakukan gerakan pemantauan pertumbuhan anak melalui posyandu, senam sehat untuk lansia, gerakan sadar hipertensi untuk mencegah dan mengatasi terjadinya hipertensi di masyarakat.
  - d. Masyarakat mampu memelihara kesehatan mereka sendiri melalui upaya-upaya pencegahan terhadap kejadian masalah kesehatan. Misalnya untuk mencegah terjadinya peningkatan kasus DBD masyarakat melakukan gerakan 3 M.

### **3. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat**

Pada dasarnya prinsipnya pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat

adalah proses memampukan masyarakat dari oleh dan untuk masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan:

- a. Menumbuhkan kembangkan potensi masyarakat  
Di dalam masyarakat terdapat berbagai potensi yang dapat mendukung keberhasilan program-program kesehatan. Potensi dalam masyarakat dapat dikelompokkan menjadi potensi sumber daya manusia dan potensi dalam bentuk sumber daya alam/kondisi geografis. Tinggi rendahnya potensi sumber daya manusia di suatu komunitas lebih ditentukan oleh kualitas, bukan kuantitas sumber daya manusia. Sedangkan potensi sumber daya alam yang ada di suatu masyarakat adalah sudah tersedia dan perlu dikelola dengan baik. Bagaimanapun melimpahnya potensi sumber daya alam, apabila tidak didukung dengan potensi sumber daya manusia yang memadai, maka komunitas tersebut tetap akan tertinggal, karena tidak mampu mengelola sumber alam yang melimpah tersebut.
- b. Mengembangkan gotong royong masyarakat  
Potensi masyarakat yang ada tidak akan tumbuh dan berkembang dengan baik tanpa adanya gotong royong dari masyarakat itu sendiri. Peran petugas kesehatan atau *provider* dalam gotong royong masyarakat adalah memotivasi dan gotong royong masyarakat adalah memotivasi dan memfasilitasinya, melalui pendekatan pada para tokoh masyarakat sebagai penggerak kesehatan dalam masyarakat.
- c. Menggali kontribusi masyarakat.  
Menggali dan mengembangkan potensi masing-masing anggota masyarakat agar dapat berkontribusi sesuai dengan kemampuan terhadap program atau kegiatan merupakan bentuk partisipasi masyarakat dalam bentuk tenaga,

pemikiran atau ide, dana, bahan bangunan, dan fasilitas-fasilitas lain untuk menunjang usaha kesehatan.

d. Menjalinkan kemitraan

Jalinan kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama-sama yang disepakati. Membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat, serta kemitraan adalah sangat penting perannya

#### 4. Ciri-Ciri Pemberdayaan Masyarakat

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah non-instruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat tersebut bermacam-macam, antara lain sebagai berikut:

a. Tokoh atau pemimpin masyarakat (*community leader*)

Di sebuah masyarakat baik pedesaan, perkotaan maupun elite pemukiman kumuh, secara alamiah mempunyai pimpinan atau masyarakat yang ditokohkan. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal (camat, lurah, ketua RT/RW) maupun bersifat informal (ustad, pendeta, kepala adat). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau *provider* kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada tokoh masyarakat.

b. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam suatu masyarakat terdapat organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal misalnya, PKK, karang taruna, majelis taklim, koperasi-koperasi dan sebagainya, yang dimanfaatkan sebagai sarana atau media untuk pemberdayaan masyarakat.

- c. Pandangan Masyarakat (*commnuty fund*)  
 Sebagaimana uraian pokok pembahasan tentang dana sehat, maka secara ringkas dapat digaris bawah beberapa hal sebagai berikut: “bahwa dana sehat telah berkembang di indonesia sejak lama (tahun 1980-an sampai tahun 1990-an) dana sehat semakin berkembang yang awalnya oleh Depkes diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) Dan saat ini sudah menjadi program pemerintah pusat yaitu melalui jaminan Nasional.
- d. Material masyarakat (*community material*)  
 Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. masing-masing daerah mempunyai sumber daya alam yang berbeda yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.
- e. Pengathuan masyarakat (*community knowledge*)  
 Semua bentuk penyuluhan keypad masyarakat adalah contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen masyarakat.
- f. Teknologi masyarakat (*community technology*)  
 Di beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan program kesehatan. Misalnya menyaring air bersih menggunakan pasir atau arang, pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang di tengah ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya.

## **5. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat**

- a. *Input*  
*Input* meliputi SDM, dana, bahan-bahan, alat-alat serta adanya metode yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.
- b. *Proses*  
 Proses meliputi perencanaan, pelaksanaan seperti jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi

pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, Dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.

c. *Output*

*Output*, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dari perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha yang meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatkan fasilitas umum dimasyarakat.

d. *Outcome*

*Outcome* dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, Dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi kesehatan

## 6. Sasaran

a. Individu

Pemberdayaan dibidang kesehatan dapat dilakukan terhadap individu. Harapan yang diinginkan adalah apabila seluruh individu berdaya di bidang kesehatan maka seluruh masyarakat juga akan memiliki kemampuan tersebut.

b. Keluarga

Pemberdayaan terhadap keluarga dapat dilakukan kepada anggota-anggota keluarga yang memiliki pengaruh ataupun bertanggung jawab atas keluarga tersebut. misalnya masalah pemberian asupan makanan bergizi maka sasaran dalam keluarga yang diberdayakan adalah ibu, sedangkan untuk merubah kondisi rumah menjadi sehat, maka sasaran kita adalah bapak.

c. Kelompok masyarakat

Kelompok-kelompok dalam masyarakat yang dapat dijadikan sasaran dalam pemberdayaan masyarakat adalah generasi muda melalui kegiatan

karang taruna, kelompok wanita melalui kegiatan pengajian ibu-ibu, dan kelompok lansia.

- d. Organisasi masyarakat: organisasi profesi, LSM, dll  
Pemberdayaan masyarakat dapat juga dilakukan oleh organisasi profesi, organisasi masyarakat Dan LSM.
- e. Masyarakat umum  
Kegiatan pemberdayaan masyarakat juga dapat diberikan atau dilakukan pada masyarakat umum.

## **7. Jenis-Jenis Pemberdayaan Masyarakat**

- a. Posyandu (pos pelayanan terpadu)  
Pos pelayanan terpadu yang merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh dari dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita.
- b. Poskesdes (pos kesehatan desa)  
Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Mewujudkan masyarakat sehat yang siaga terhadap masalah Kesehatan.
- c. Dana sehat  
Untuk meningkatkan Kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat secara berkesinambungan melalui penyelenggaraan kesehatan, kepesertaan dan pendanaan yang terorganisir dengan kader dalam peningkatan partisipasi masyarakat dan peningkatan akses pelayanan.
- d. Pos obat desa (POD)  
Merupakan wahana edukasi dalam hal pengetahuan dan keterampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kepada kader

dan diteruskan kepada masyarakat, guna memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk mendapatkan obat dasar dalam menyembuhkan suatu penyakit.

- e. Poskestren (pos Kesehatan pesantren)  
Terletak di lingkungan pesantren yang menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi anak-anak pesantren. Guna mewujudkan anak didik santri sehat dan siaga terhadap masalah Kesehatan.
- f. Kampung salai (sampah bernilai)

## **8. Peran Serta Masyarakat Upaya UKBM**

Dari pengamatan yang dilakukan keypad masyarakat selama ini terdapat beberapa wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan pada khususnya Dan pembangunan masyarakat. wujud insan yang menunjukkan peran serta masyarakat dibidang keehatan antra lain sebagai berikut:

- a. Sumber daya manusia  
Setiap insan dapat berpartisipasi aktif dalam pembangunan masyarakat. wujud insan yang menunjukkan peran serta masyarakat dibidang kesehatan antara lain sebagai berikut:
  - 1) Pemerintah masyarakat yang berwewenang kesehatan.
  - 2) Tokoh masyarakat yang berwewenang kesehatan, baik tokoh agama, politis, cendekiawan, artis/seniman, budayawan, pelawak, Dan lain-lain
  - 3) Kader kesehatan, yang sekarang banyak sekali ragamnya misalnya: kader posyandu, kader lansia, kader kesehatan lingkungan, kader kesehatan gigi, kader KB, dokter kecil, saka bakti husada, santri husada, taruna husada, dan lain-lain.
  - 4) Institusi/lembaga/organisasi masyarakat  
Bentuk lain peran serta masyarakat adalah semua jenis institusi, lembaga atau kelompok

kegiatan masyarakat yang mempunyai aktivitas dibidang kesehatan. Beberapa contohnya adalah sebagai berikut:

(a) Upaya kesehatan sumber daya masyarakat (UKBM) yaitu segala bentuk kegiatan kesehatan yang bersifat dari, oleh Dan untuk masyarakat, yaitu:

- Pos pelayanan terpadu (posyandu)
- Pos obat desa (pod)
- Pos upaya kesehatan kerja (pos UKK)
- pos kesehatan pondok pesantren (poskestren)
- pemberantasan penyakit menular dengan pendekatan PKMD (P2M-PKMD)
- Penyehatan lingkungan pemukiman dengan pendekatan PKMB (PLp-PKMB) sering disebut dengan desa percontohan kesehatan lingkungan (DPKL)
- Suka Bakti Husada (SBH)
- Tanaman obat Keluarga (TOGA)
- Bina keluarga balita (BKB)
- Pondok bersalin desa (polindes)
- Pos pembinaan terpadu lanjut usia (pos bindu lansia/posyandu lansia)
- Pemantau dan stimulasi perkembangan balita (PSPB)
- Keluarga mandiri
- Upaya kesehatan mesjid

(b) Lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang mempunyai kegiatan dibidang kesehatan. Banyak sekali LSM yang berkiprah dibidang kesehatan, aktifitas mereka beragam sesuai dengan peminatnya

- (c) Organisasi swadaya yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, rumah bersalin, balai kesehatan ibu Dan anak, balai pengobatan, dokter praktik, klinik 24 jam, dan sebagainya.

### **C. Rangkuman**

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, Dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, Dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri (Notoadmodjo, 2007). Tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah menumbuhkan kesadaran setelah memiliki keilmuan, munculnya kemampuan berdasarkan ilmu yang dimiliki. Prinsip dari pemberdayaan masyarakat meliputi kemampuan mengidentifikasi masalah dan serta dengan faktor resiko, kemampuan mengatasi masalah kesehatan, kemampuan untuk mencegah, menjaga Dan memelihara kesehatan, serta kemampuan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Indikator keberhasilannya diukur melalui keter capaian dari *input*, proses, *output* dan *outcome*.

### **D. Evaluasi**

1. Jelaskan pengertian pemberdayaan masyarakat!
2. Jelaskan tujuan pemberdayaan masyarakat!
3. Apa saja prinsip dan ciri pemberdayaan masyarakat?
4. Siapa saja yang menjadi sasaran pemberdayaan masyarakat?
5. Jelaskan masing-masing indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat?

### **E. Daftar Pustaka**

Notoadmodjo, Soekodjo. 2007. Promosi Kesehatan Dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.  
Soetomo. 2006. Strategi-strategi Pembangunan Masyarakat. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar

Koentjaraningrat. 2009. Manusia dan Kebudayaan di Indonesia. Djambangan. Jakarta. Longman



# **BAB VIII**

## **METODE DAN MEDIA**

### **PROMOSI KESEHATAN**

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mahasiswa memahami metode yang digunakan dalam program promosi kesehatan.
2. Mahasiswa memahami media yang digunakan dalam program promosi kesehatan.

#### **B. Materi**

##### **1. Metode Promosi Kesehatan**

###### a. Pengertian

Metode pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

###### b. Jenis Metode Promosi Kesehatan

###### 1) Berdasarkan Teknik Komunikasi

###### a) Metode penyuluhan langsung

Dalam hal ini para penyuluh langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran. Termasuk di sini antara lain: Kunjungan rumah, pertemuan di balai desa, pertemuan di posyandu, dan lain-lain. Dengan strategi pendekatan *focus group discussion* (FGD), *guidance and counseling*, pelatihan, penyuluhan, *role play*, *one to one teaching* (mengajar perseorangan/private), *peer teaching method*, simulasi, *brain storming* dll.

###### b) Metode yang tidak langsung

Dalam hal ini para penyuluh tidak langsung berhadapan secara tatap muka dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya dengan perantara (media). Umpamanya publikasi dalam bentuk media cetak (brosur, *leaflet*, *bill board* dll), melalui pertunjukan film, dan sebagainya.

2) Berdasarkan Jumlah Sasaran yang Dicapainya

a) Pendekatan perorangan atau individual

Dalam hal ini para penyuluh berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan sasaran secara perorangan. Selain itu, dapat digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang tertarik pada suatu perubahan perilaku. Beberapa teknik yang dapat digunakan antara lain: konseling, wawancara, *guidance*, kunjungan rumah, komunikasi melalui telepon, dan lain-lain.

b) Pendekatan Kelompok

Dalam pendekatan ini petugas promosi berhubungan dengan sekelompok sasaran. Pendekatan kelompok dibagi menjadi dua yaitu kelompok kecil dan kelompok besar.

(1) Kelompok kecil (*small group*) merupakan metode pendidikan yang terjadi dalam sebuah kelompok kecil atau seperti kelas belajar yang berjumlah kurang dari 15 orang. Beberapa metode yang cocok digunakan adalah diskusi kelompok, curah pendapat (*brainstorming*), bola salju, *buzz group*, permainan simulasi dan lain-lain.

(2) Kelompok besar (*large group*) merupakan metode pendidikan yang terjadi pada sekelompok orang yang terorganisir dan berjumlah lebih dari 15 orang untuk melakukan pencapaian suatu proses pengambilan keputusan maupun memperoleh informasi. Beberapa contoh metode yang sesuai dengan jumlah sasaran ini adalah seminar, ceramah, demonstrasi, praktik dan konferensi.

(a) Ceramah

Ceramah merupakan suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan

kepada sekelompok sasaran disertai tanya jawab sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Ciri-ciri metode ceramah: ada sekelompok sasaran yang telah dipersiapkan sebelumnya, ada ide, pengertian dan pesan tentang kesehatan yang akan disampaikan, tidak adanya kesempatan bertanya bagi sasaran, bila ada jumlahnya sangat dibatasi dan menggunakan alat peraga untuk mempermudah pengertian. Keuntungan metode ceramah: murah dan mudah menggunakannya, waktu yang digunakan dapat dikendalikan oleh penyuluh, dapat diterima oleh sasaran yang tidak dapat membaca dan menulis, penyuluh dapat menjelaskan dengan menekankan bagian yang penting. Kerugian metode ceramah: tidak dapat memberikan kesempatan kepada sasaran untuk berpartisipasi secara proaktif (sasaran bersifat pasif), cepat membosankan jika ceramah yang sudah untuk dilupakan oleh sasaran, sering menimbulkan pengertian lain apabila sasaran kurang memperhatikan.

(b) Demonstrasi

Demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide, dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini dipergunakan pada kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya. Ciri-ciri demonstrasi: memperlihatkan pada kelompok bagaimana prosedur untuk membuat sesuatu, dapat meyakinkan peserta bahwa mereka dapat melakukannya dan dapat meningkatkan minat sasaran untuk belajar. Keuntungan demonstrasi: kegiatan ini dapat memberikan suatu keterampilan pada kelompok sasaran, dapat memudahkan berbagai jenis penjelasan karena penggunaan bahasan yang lebih terbatas, membantu sasaran untuk memahami dengan jelas jalannya suatu proses prosedur yang dilakukan. Kerugian demonstrasi: tidak dapat dilihat oleh sasaran apabila alat yang digunakan terlalu kecil atau penempatannya kurang pada tempatnya, uraian atau penjelasan yang disampaikan kurang jelas, waktu yang disediakan terbatas sehingga sasaran tidak dapat diikutsertakan (Taufik, 2007).

(c) Praktik

Praktik langsung contoh adalah cara untuk melihat tindakan yang dilakukan seseorang apakah sudah sesuai dengan yang diinstruksikan. Untuk mengetahui keterampilan siswa dalam menyikat gigi yang baik dan benar dilakukan praktik menyikat gigi secara bersama-sama.

c) Pendekatan Massal

Petugas promosi kesehatan menyampaikan pesannya secara sekaligus kepada sasaran dengan jumlah besar yang sifatnya massa atau publik. Sasaran pendidikan bersifat umum dan beragam, sehingga informasi harus dirancang dengan baik agar dapat diterima dengan mudah. Beberapa metode yang masuk dalam golongan ini adalah: petunjuk kesenian, penyebaran tulisan atau poster atau media cetak lainnya, pemutaran film, siaran terprogram, pameran dan lain-lain.

3) Berdasarkan Indera Penerima

a) Metode Melihat atau Menyampaikan

Dalam hal ini pesan diterima sasaran melalui indera penglihatan seperti: penempelan poster, pemasangan gambar/foto, pemasangan koran dinding dan pemutaran film.

b) Metode Pendengaran

Dalam hal ini pesan diterima oleh sasaran melalui indera pendengar, umpamanya: penyuluh lewat radio, pidato, ceramah, dan iklan melalui radio spot atau dengan cara upload audio di media sosial (facebook, IG, WA, Chat media sosial lain yang memadai)

c) Metode kombinasi

Merupakan metode penggabungan dari beberapa indera untuk menyerap informasi yang diterima. Dalam hal ini contohnya adalah demonstrasi cara dan tahapan dimana sasaran dapat melihat, mendengar, meraba hingga mencoba (mengecap) secara langsung.

**2. Media Promosi Kesehatan**

a. Pengertian

Dermawan dan setiawan (2008) menjelaskan bahwa media adalah segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi. Selain itu

menurut Maulana (2009) media pendidikan atau promosi kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pemberian informasi kesehatan. Dalam Liliweri (2007) dikatakan bahwa media merupakan salah satu alat komunikasi yang digunakan untuk menyebarluaskan berita-berita tentang kesehatan, promosi kesehatan, kampanye kesehatan, serta pendidikan kesehatan, sehingga pendidikan kesehatan dianggap sebagai salah satu fungsi dari komunikasi. Berdasarkan pengertian dan definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa media pendidikan kesehatan adalah segala jenis alat atau saluran yang digunakan oleh komputer untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan agar lebih mudah dipahami, dimengerti dan diterima oleh sasaran. Suraoka dan I Dewa Nyoman (2012) berpendapat bahwa ada beberapa kriteria yang patut diperhatikan dalam memilih media yang efektif, yaitu:

- 1) Kesesuaian media dengan tujuan yang ingin dicapai, misalnya untuk mengubah ranah kognitif, efektif, atau psikomotorik.
- 2) Ketepatan untuk mendukung materi yang bersifat konseptual, prinsip maupun fakta.
- 3) Kepraktisan, keluwesan, dan daya tahan media.
- 4) Penguasaan cara penggunaan media oleh pemakai.
- 5) Kesesuaian dengan kelompok sasaran.
- 6) Kelengkapan media, sehingga dapat memberikan persepsi yang lebih baik kepada sasaran. Apabila menggunakan media dengan suara, harus disesuaikan dengan suara aslinya.
- 7) Kesesuaian dengan waktu yang tersedia.

**b. Manfaat Media Promosi Kesehatan**

Menurut Taufik (2007), media pendidikan mempunyai beberapa manfaat antara lain menimbulkan minat bagi sasaran, dapat menghindari dari kejenuhan dan

membosankan, membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, memudahkan penyampaian informasi, dan memudahkan penerimaan informasi bagi sasaran didik. Media pendidikan kesehatan juga memiliki beberapa fungsi antara lain sebagai berikut:

- 1) Fungsi atensi, yaitu media memiliki kekuatan untuk menarik perhatian peserta didik.
- 2) Fungsi afektif, yaitu media berfungsi untuk mempengaruhi sikap dan emosi peserta didik.
- 3) Fungsi kognitif, yaitu gambar atau simbol-simbol lain yang digunakan dalam sebuah media akan mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran, gambar atau lambang yang jelas akan mempermudah proses pikir penerima pesan.
- 4) Fungsi kompensatori, yaitu sebagai pelengkap dalam konteks pemberi informasi (Taufik, 2007).

Winarni (2003) menjelaskan mengenai efek yang akan ditimbulkan dari pesan yang disampaikan dalam media, yaitu:

- 1) Efek kognitif, yaitu efek yang ditimbulkan pada diri individu yang terkena paparan medis yang bersifat informatif bagi dirinya. Seseorang yang semula tidak tahu menjadi yakin dan lainnya. Hal ini menjelaskan bahwa melalui media, masyarakat akan memperoleh gambaran serta informasi tentang orang, benda, peristiwa, pengetahuan dan sebagainya.
- 2) Efek afektif, yaitu efek yang ditujukan pada sisi emosional maupun perasaan seseorang. Efek ini memiliki kadar yang lebih tinggi dibandingkan efek kognitif. Sehingga seseorang tidak hanya sekedar tahu tetapi juga dapat meyakinkan sehingga dapat merasakan, seperti perasaan sedih, senang, gembira, marah dan lainnya.

3) Efek *behavioral*, yaitu efek yang mengacu pada tindakan, perilaku, atau individu aktivitas masyarakat yang tampak pada kegiatan sehari-hari. Efek ini dapat meliputi perilaku antisosial dan pro sosial. Antisosial atau perilaku agresi merupakan setiap bentuk yang diarahkan untuk merusak atau melukai orang lain, sedangkan pro sosial adalah bentuk perilaku positif dari masyarakat, contohnya memiliki keterampilan yang bermanfaat bagi dirinya sendiri.

c. Jenis media Promosi Kesehatan

Dalam Maulana (2009) diketahui bahwa jenis media pendidikan secara umum menjadi tiga, yaitu *visual aids*, *audio aids*, *audiovisual aids*.

1) *Visual aids* merupakan alat bantu lihat digunakan untuk membantu menstimulasi kesehatan. *Visual aids* dibagi lagi menjadi dua yaitu media yang diproyeksikan misalnya *slide* dan alat yang tidak diproyeksikan termasuk alat bantu cetak dan tulis misalnya *leaflet*, poster dan buklet.

2) *Audio aids* merupakan alat bantu dengar yang digunakan untuk menstimulasi indera pendengaran misalnya *tape*, CD atau radio.

3) *Audiovisual aids* merupakan alat bantu dengar dan lihat, yang berupa alat yang digunakan untuk menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran seperti televisi, film dan video.

d. Media Cetak atau Grafis

Gambaran atau media grafis adalah media cetak yang digunakan dalam pendidikan kesehatan seperti poster, *leaflet*, gambar karikatur, lukisan dan lain-lain. Diperjelas oleh Bensley dan Fisher (2003), bahwa materi cetak efektif dalam memperkuat informasi yang disampaikan secara lisan ataupun bila memang digunakan sebagai media untuk menyampaikan informasi itu sendiri. Adapun penjelasan

dari masing-masing media oleh Maulana (2009) dan Bansley dan Fisher (2003) adalah sebagai berikut:

- 1) **Poster:** merupakan sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Kata-kata dalam poster harus jelas artinya, tepat pesannya dapat dengan mudah dibacanya pada jarak kurang lebih 6 meter. Ditegaskan pula oleh Bensley dan Fisher (2003) bahwa poster efektif dapat menyampaikan pesan yang lugas yang ditujukan untuk memicu tindakan.



Gambar 8.1 contoh poster kesehatan

- 2) **Leaflet:** merupakan selebaran yang berisi tulisan dengan kalimat-kalimat singkat, padat, mudah dimengerti dan gambar-gambar yang sederhana ada beberapa yang disajikan secara berlipat.



Gambar 8.2 contoh leaflet

- 3) Foto: sebagai bahan untuk alat peraga dalam pendidikan kesehatan. Foto dapat digunakan dalam bentuk album atau dalam bentuk dokumentasi lepas.
- 4) *Flyers* atau pesan singkat: merupakan dokumen satu halaman, yang biasanya dipakai untuk mempromosikan satu acara, aktivitas, atau jasa. Untuk menarik perhatian, tipe ini sangat bergantung pada gambar dan judul yang jelas untuk membedakannya dari pesan singkat lain yang beredar dan untuk mendorong pembaca agar mau memperhatikan dari dekat.



Gambar 8.3 contoh flyers

- 5) Buletin: digunakan untuk berkomunikasi dengan kelompok tertentu secara berkala. Buletin digunakan untuk menyampaikan informasi terhadap kelompok tertentu, meningkatkan kewaspadaan, mempromosikan pelayanan dan program, dan mengumpulkan dana.



Gambar 8.4 Contoh Buletin

e. Media Elektronik

- 1) Media elektronik merupakan berbagai media informasi yang diproduksi dan disampaikan kepada sasaran melalui alat-alat elektronik. Adapun beberapa jenis media elektronik sebagai berikut:
  - a) Televisi: penyampaian pesan kesehatan melalui televisi dapat berbentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi, pidato, TV spot, dan kuis atau cerdas cermat.
  - b) Radio: merupakan bentuk penyampaian informasi berupa obrolan tanya jawab, konsultasi kesehatan, sandiwara radio dan radio *spot*. Radio *spot* merupakan cara yang memungkinkan kita untuk mengalihkan atau menjual pesan-pesan persuasif

tentang suatu kebenaran dengan biaya yang murah (Bovee dan Arens dalam Liliweri, 2007).

- c) *Slide* atau *power point*: pada umumnya digunakan dengan sasaran kelompok atau grup, *slide* sangat efektif untuk membahas suatu topik tertentu dan peserta mencermati setiap materi dengan cara seksama, karena *slide* dapat disajikan secara berulang-ulang. Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memproduksi media presentasi dengan menggunakan *power point* menurut Daryanto (2012) adalah sebagai berikut:
- (1) Memilih jenis huruf (*font*) yang memiliki tingkat keterbacaan tinggi contohnya arial, Verdana atau tahoma. Penggunaan huruf (*font size*) 17-20 untuk isi teks sedangkan subjudul 28 dan untuk judul 30.
  - (2) Untuk memperjelas dan memperindah tampilan, gunakan variasi warna, gambar, foto, animasi atau video.
  - (3) Area tampilan tiap *frame* yang ditulis jangan melebihi ukuran 16x20 cm serta tidak memuat lebih dari 18 baris teks.
  - (4) Dalam satu *frame* diberikan judul dan usahakan hanya berisi satu topik atau sub topik pembahasan.
  - (5) Perlu memperhatikan komposisi warna, keseimbangan (tata letak), keharmonisan dan kekontrasan pada setiap tampilan.
  - (6) Variasi memang perlu, tetapi perlu diperhatikan prinsip kesederhanaan dan tampilan tidak terlalu rumit, ramai, dan penuh warna-warni. Hal ini justru akan mengganggu pesan utama.
- d) Film: lebih ke arah sasaran yang sifatnya massal, dengan sajian menghibur namun bernuansa edukatif (Maulana, 2009). Film atau dalam klasifikasi media *audiovisual* Riyana (2007) menyebutkan ada tiga tujuan pembelajaran:
- (1) Memperjelas dan memudahkan dalam menyampaikan pesan agar informasi yang disampaikan tidak terlalu verbalistis.

(2) Media audiovisual dapat mengatasi keterbatasan waktu, jarak, serta daya indera peserta didik maupun komunikator.

(3) Dapat digunakan secara tepat dan variatif.

f. Media Luar Ruang

Media periklanan luar ruangan merupakan salah satu media yang diletakan di luar ruangan yang pada saat ini telah menjadi bagian dari kehidupan masyarakat, yang memiliki tujuan menyampaikan pesan promosi suatu produk atau jasa (Tjiptono, 2008). Definisi lain media luar ruangan menurut Santosa (2009) adalah semua iklan yang menjangkau konsumen ketika mereka sedang berada di luar rumah atau kantor. Media luar ruangan membujuk konsumen ketika mereka sedang di tempat-tempat umum, dalam perjalanan, dalam ruang tunggu, juga di tempat-tempat terjadi transaksi. Untuk media luar ruang, penting diperhatikan dalam membuat keputusan atas 3 dasar yaitu sasaran, waktu dan biaya. Berikut merupakan jenis-jenis media luar ruang menurut Johnson, dkk. (2012):

a) *Billboard*: tujuan penggunaan media *billboard* di dalam promosi kesehatan adalah untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat yang bersifat *promotif* dan *preventif*. Tapi perlu diingat bahwa *billboard* hanya untuk sasaran tertentu yaitu orang yang berlalu lalang. *Billboard* perkembangannya pun cukup pesat. Sekarang di jaman digital, *billboard* pun menggunakan teknologi baru sehingga muncullah digital *billboard*.



Gambar 8.5 Contoh billboard



Gambar 8.6 contoh billboard hidup

- b) Spanduk: spanduk adalah kain atau plastik yang direntangkan dan berisi informasi singkat. Pada umumnya penempatannya di luar ruang. Pesan-pesan yang disampaikan lebih singkat, jelas dan pesan yang disampaikan biasanya menyesuaikan dengan kebutuhan. Spanduk berfungsi sebagai salah satu media pendukung untuk memberitahukan kepada masyarakat umum tentang kegiatan yang sedang berlangsung.



Gambar 8.7 contoh spanduk

- c) Umbul-umbul: merupakan media pendukung, petunjuk arah atau lokasi dalam suatu kegiatan. Selain itu umbul-umbul juga berfungsi untuk memberitahukan masyarakat umum tentang kegiatan yang sedang berlangsung serta untuk meramaikan suasana.



Gambar 8.8 contoh umbul-umbul

- d) Giant Banner: *giant banner* merupakan media yang dipasang pada pintu gerbang lokasi pertemuan dengan ukuran 4x6 meter. Media ini menggunakan rangka atau konstruksi yang sudah tersedia di lokasi pertemuan atau acara.



Gambar 8.9 contoh *Giant Banner*

- e) *Neonbox*: merupakan media luar ruang yang dipancangkan di tempat-tempat umum terutama di jalan-jalan utama kota besar. Hal yang berbeda dari media *neonbox* dengan media luar ruang lainnya adalah system penerangan yang menggunakan lampu neon di belakang gambar. Umumnya media ini memakai *frame* atau bingkai yang terbuat dari aluminium atau stainless, selain itu biasanya didudukkan dengan rangka baja atau menumpang pada struktur bangunan gedung.



Gambar 8.10 contoh *Neonbox*

- f) Baliho: merupakan media yang hanya digunakan pada saat-saat tertentu sehingga konstruksinya tidak permanen dan dapat dibongkar sewaktu-waktu.



Gambar 8.11 contoh baliho

- g. Media Sosial dan Internet

Media sosial merupakan situs atau layanan daring (*online*) yang memungkinkan penggunaannya tak hanya mengonsumsi, tapi juga berpartisipasi membuat, mengomentari, dan menyebarkan beragam konten dalam berbagai format: teks, gambar, audio, atau video. Berikut ini 6 jenis media sosial:

- a) Layanan *blog*

*Blog* secara ringkas dapat dipahami sebagai jurnal pribadi di internet, berguna untuk berbagai catatan atau pandangan penggunanya tentang beragam hal. Penggunaannya lazim disebut sebagai narablog (*blogger*).

Contoh: *WordPress, Blogger.*



Gambar 8.12 Layanan Blog

- b) Layanan jejaring sosial (*sosial network*)

Jenis layanan yang fokus pada terhubungnya jejaring di antara penggunaan untuk saling berbagai pesan,

informasi, foto, atau, video. Model relasi antar pengguna yang lumrah berbentuk pertemanan dengan cara saling *Add* atau *Connect*. Contoh: *Facebook, WhatsApp dan Instagram*.



Gambar 8.13 Layanan Jejaring Sosial

c) Layanan *blog* mikro (*microblogging*)

Meski kegunaannya serupa dengan layanan jejaring sosialm tetapi jenis media ini lebih ringkas, hingga memengaruhi alur interaksinya yang jadi lebih cepat dibandingkan *blog*.

Contoh: *Twitter*



Gambar 8.14 Layanan *blog* mikro

d) Layanan berbagi media (*media sharing*)

Kedua media ini tergolong dalam jenis media yang *focus* utamanya adalah untuk berbagai konten media seperti foto, audio, atau video.

Contoh lain: *Tiktok, Youtube, Shareit*.



Gambar 8.15 Layanan berbagi media

e) Layanan forum

Media ini merupakan layanan yang dapat disajikan sebagai media untuk memperbincangkan hal atau topik spesifik dengan pengguna lain di dalam ruang diskusi.

Contoh: *Zoom Meeting, Google Meet.*



Gambar 8.16 Layanan forum

f) Layanan kolaborasi

Media ini merupakan sebuah layanan yang dapat memberikan kesempatan penggunanya untuk berkolaborasi dalam memuat, menyunting, atau mengoreksi konten baik kaitannya dengan informasi kesehatan maupun kajian-kajian ilmiah.

Contoh: *Wikipedia*



Gambar 8.17 Layanan kolaborasi

h. Media Tradisional

Media tradisional merupakan media promosi kesehatan yang dilakukan atau disisipkan pada kesenian tradisional. Media tradisional sering juga disebut sebagai kesenian rakyat. Media tradisional sebagai bentuk-bentuk verbal, gerakan, lisan dan visual yang dikenal oleh masyarakat di daerah, di terima oleh mereka, diperdengarkan atau dipertunjukkan oleh dan/atau untuk mereka dengan maksud menghibur, memaklumkan, menjelaskan, mengajar, dan mendidik. Ranganath (1976), menjelaskan bahwa media tradisional itu akrab dengan massa khalayak, kaya akan variasi, dengan segera tersedia, dan biayanya rendah. Ia disenangi baik

pria ataupun wanita dari berbagai pembawa tema. Disamping itu, ia memiliki potensi yang besar bagi komunikasi persuasif, komunikasi tatap muka, dan umpan balik yang segera. Ranganath juga memercayai bahwa media tradisional dapat membawa pesan kesehatan. Media tradisional sering disebut sebagai folklor. Bentuk-bentuk folklor tersebut antara lain:

- 1) Cerita prosa rakyat (mite, legenda, dongeng)
- 2) Ungkapan rakyat (peribahasa, pemeo, pepatah)
- 3) Puisi rakyat
- 4) Nyanyian rakyat
- 5) Teater rakyat
- 6) Gerak isyarat (memicingkan mata tanda cinta)
- 7) Alat bunyi-bunyian (kentongan, gong, bedug, dan lain-lain)

Ditinjau dari aktualisasinya, ada seni tradisional seperti wayang purwa, wayang golek, ludruk, ketoprak, dan sebagainya. Saat ini media tradisional telah mengalami transformasi dengan media massa modern. Dengan kata lain, ia tidak lagi dimunculkan secara apa adanya, melainkan sudah masuk ke media televisi (transformasi) dengan segala penyesuaiannya. Misal acara seni tradisional wayang kulit yang disiarkan oleh suatu televisi swasta.



Gambar 8.18 Contoh Kesenian Tradisional

#### i. Uji Coba Media

- 1) Pengertian Uji Coba Media

Media pendidikan merupakan komponen yang penting dalam upaya promosi dan pendidikan kesehatan. *National Institutes of Health* dalam Ifroh (2014) menjelaskan bahwa uji coba media merupakan proses penggambaran sistematis dari upaya pengumpulan reaksi sasaran terhadap pesan dan informasi yang diberikan kepada sasaran sebelum media tersebut disiarkan dan disebarluaskan ke masyarakat. Bertrand dalam Ifroh (2014) juga menyatakan bahwa uji coba media adalah usaha untuk menilai tanggapan kelompok individu terhadap media komunikasi dengan diwakili oleh sasaran uji coba yang dapat menggambarkan sasaran informasi sebenarnya.

## 2) Tujuan Uji Coba Media

Uji coba media menurut Sairaoka dan I Dewa (2012) berguna untuk mengetahui penerimaan media tersebut di masyarakat, kekurangan dan kesalahan dalam komponen media, serta ketercapaian tujuan dari penggunaan media pendidikan. Bertrand dalam Ifroh (2014) juga menjelaskan bahwa daya tarik, pemahaman, penerimaan, dan keterlibatan diri (*self involvement*) selain itu dijelaskan bahwa uji coba media bertujuan untuk:

- a) Membantu dalam menentukan alternatif perubahan bentuk media yang lebih diminati oleh sasaran.
- b) Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan desain media yang diproduksi.
- c) Menentukan secara sistematis materi komunikasi yang efektif dapat diterima oleh sasaran baik dalam bentuk versi yang sama ataupun berbeda.
- d) Ditambahkan pula oleh Sairaoka dan I Dewa (2012) bahwa tujuan dari kegiatan

uji coba adalah untuk mengetahui apakah media yang sudah dibuat tersebut sudah mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan serta untuk mengetahui ada tidaknya kesalahan yang dilakukan serta apakah media tersebut dapat diterima oleh masyarakat.

### 3) Pemilihan Responden dan Situasi Pelaksanaan Uji Coba Media

Dalam kajian yang dilakukan oleh Dimarsetio (2010) dijelaskan bahwa responden hampir sama dengan sasaran sebenarnya. Dalam uji coba media, tidak ada ketentuan besar sampel uji coba. Hal ini karena tidak dilakukan *random sampling* secara ketat dalam uji coba media, sehingga rumus perhitungan besar sampel tidak terpakai. Namun terdapat dua hal aturan yang perlu dipertimbangkan dalam kegiatan uji coba media, yaitu semakin besar jumlah sampel pada uji coba media, maka semakin banyak percaya mengenai hasil uji coba tersebut (Dimarsetio, 2010).

Dalam menentukan jumlah sasaran uji coba, Bertrand (1978) menjelaskan bahwa jika target sasaran uji coba bersifat homogen maka dapat dipilih 25-50 orang sebagai responden uji coba atau jika memungkinkan dipilih dua lokasi yang berbeda agar lebih dapat digeneralisasikan. Akan tetapi, apabila target sasaran bervariasi maka cukup mengambil 15-25 responden dari masing-masing sub kelompok atau sedikitnya dua dari sub kelompok terbesar. Bertrand (1978) juga menjelaskan pembagian situasi uji coba media, yaitu sebagai berikut:

a) *Naturalistic setting*

Merupakan situasi alami sasaran uji coba media yang menggambarkan kehidupan sehari-hari atau rutinitas wajar dalam keseharian responden. Pada situasi ini responden tidak menyadari adanya kegiatan uji coba media dan responden juga tidak mengetahui bahwa mereka akan diwawancara setelah diberikan komunikator. Kelemahan lainnya adalah efek eksperimen dianggap tidak nyata dan kuat karena responden mungkin tidak memperhatikan informasi yang diberikan secara mendalam, sehingga apabila ingin hasil uji coba lebih akurat maka memerlukan sampel yang lebih besar. Selain waktu yang lebih panjang dan memakan dana yang relatif besar.

b) *Arranged setting*

Bertrand (1978) menjelaskan bahwa situasi buatan atau situasi yang telah diatur dan direncanakan oleh petugas komunikator. Selain itu sasaran informasi juga telah menyetujui untuk menyimak serta mendengarkan informasi yang akan diberikan kepada mereka. Sehingga, mereka mengetahui bahwa mereka adalah bagian dari *pretesting* media yang kemudian diamati, diuji coba, dan diwawancarai oleh petugas komunikasi. Beberapa kelebihan dari metode ini adalah sebagai berikut:

- (1) Proses pelaksanaan uji coba dapat dikendalikan oleh petugas komunikator.
- (2) Waktu yang digunakan relatif lebih singkat dan dana yang digunakan relatif lebih hemat.

(3) Responden mengetahui bahwa mereka akan diamati dan jawaban mereka akan dicatat, sehingga mereka akan lebih serius menyimak materi yang diberikan oleh komunikator atau petugas, walaupun dalam kehidupan sehari-hari mereka belum tentu menyimak informasi secara serius.

Demi menyenangkan penyelenggara uji coba, responden cenderung akan menyatakan ketertarikan mereka terhadap materi yang sedang diuji coba, setuju dengan isi materi, dan melakukan apa yang dianjurkan.

### **C. Rangkuman**

Metode adalah suatu usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Jenis metode promosi kesehatan dibedakan berdasarkan teknik komunikasi, jumlah sasaran yang dicapai dan indera penerima. Sedangkan media promosi kesehatan adalah bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan informasi. Beberapa kriteria dalam memilih media yang efektif, yaitu (1) kesesuaian media dengan tujuan yang ingin dicapai, misalnya untuk mengubah ranah kognitif, afektif, atau psikomotorik (2) ketepatan untuk mendukung materi yang bersifat konseptual, prinsip maupun fakta (3) kepraktisan, keluwesan, dan daya tahan media (4) penguasaan cara penggunaan media oleh pemakai (5) kesesuaian dengan kelompok sasaran (6) kelengkapan media, sehingga dapat memberikan persepsi yang lebih baik kepada sasaran. Apabila menggunakan media dengan suara, harus disesuaikan dengan suara aslinya (7) kesesuaian dengan waktu yang tersedia. Media promosi kesehatan bermanfaat dalam menimbulkan minat sasaran, menghindari kejenuhan dan kebosanan, membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman, memudahkan bagi sasaran didik.

Beberapa jenis media adalah media visual, media audio, dan media audiovisual.

#### **D. Evaluasi**

Soal latihan

Pilihlah satu jawaban yang anda anggap paling tepat!

1. Di desa X, terdapat 10 ibu hamil yang setuju untuk diberikan penyuluhan mengenai ASI Eksklusif oleh petugas promosi kesehatan Puskesmas. Namun, di desa tersebut tidak dapat menggunakan media elektronik karena tidak terdapat sarana listrik untuk menunjang kegiatan tersebut. Jenis media apa yang paling tepat digunakan pada penyuluhan tersebut?
  - a. *Leaflet*
  - b. Media lembar balik
  - c. *Giant Banner*
  - d. Baliho
2. Majalah Manakah yang termasuk dalam media elektronik?
  - a. *Billboard*
  - b. *Flip Chart*
  - c. Baliho
  - d. Multimedia Kuiz
  - e. *Qwartet Card Games*
3. Berdasarkan situasi penyuluhan di Desa X tersebut, manakah situasi yang paling tepat untuk dilakukan uji coba media?
  - a. *Naturalistic setting*
  - b. *Applicable setting*
  - c. *Adjustment setting*
  - d. *Naturally setting*
  - e. *Arranged setting*
4. Proses yang dimaksudkan untuk mengumpulkan data tentang efektivitas dan efisiensi setiap bahan pembelajaran guna penyempurnaan media dan mengetahui gambaran pengetahuan awal tersebut dengan istilah?
  - a. Uji Semiotik

- b. Uji Sumatif
  - c. Uji Formalitas
  - d. Uji Formatif
  - e. Uji Media
5. Berdasarkan jumlah peserta evaluasi media, manakah yang dapat menggambarkan kegiatan penyuluhan di Desa X?
- a. *Small group evaluation*
  - b. *Each group evaluation*
  - c. *One to group evaluation*
  - d. *Field test evaluation*
  - e. *Large group evaluation*

#### **E. Daftar Pustaka**

- Australian Health Promotion Association. 2016. *What is health promotion?*. Diakses melalui <https://www.healthpromotion.org.au/our-profession/what-is-health-promotion> pada Jum'at, 3 Februari 2017 [14.10 WITA]
- Bensley, Robert J., Jodi, Fisher. 2003. *Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat* (Penerjemah: Apriningsih dan Nava S. Handayani). EGC: Jakarta
- Bertrand, Jane. 1978. *Communication Pretesting*. The University of Chicago Community and Family Study Center: Chicago
- Daryanto. 2012. *Media Pembelajaran*. PT. Sarana Tutorial Nurani Sejahtera: Bandung
- Dermawan, A.C., dan Setiawati. S 2008. *Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan*. Trans Info Media: Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2001. *Modul Pelatihan dan Teknologi Diklat (METEK)*, Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Depkes RI: Jakarta
- Dimarsetio, Kartika Anggun. 2010. *Dampak Pelatihan Uji Coba Media Terhadap Keterampilan Petugas Promosi Kesehatan dan Bidan Koordinator Puskesmas di Kabupaten Garut Tahun 2010*. Skripsi. FKM UI. Tidak dipublikasikan

- Ifroh, Riza Hayati. 2014. Efektivitas Kombinasi Media Audiovisual Aku bangga Aku Tahu dan Diskusi Kelompok dalam Upaya Meningkatkan Pengetahuan Remaja tentang HIV-AIDS di SMA NEGERI 1 dan SMA NEGERI 3 Samarinda tahun 2014. Tesis. FKM Universitas Indonesia
- Ifroh, Riza Hayati. 2012. Analisis Pengaruh Penggunaan Radio Spot sebagai Media Promosi Kesehatan dalam Upaya Pencegahan HIV/AIDS bagi Siswa SMA NEGERI 2 Samarinda Tahun 2012. Skripsi. FKM Universitas Mulawarman
- Johnson, James., dkk. 2013. Graphic Design for Health Promotion. PPPKMI: Jakarta Liliweri, Alo. 2007. Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan. Pustaka Pelajar: Yogyakarta Maulana, Heri D.J. 2009. Promosi Kesehatan Edisi I. EGC: Jakarta
- Ranganath, 1976, Telling the People Tell Themselves, Media Asia 3 Riyana, C. 2007. Pedoman Pengembangan Media Video. P3AI UPI. Jakarta
- Sanjaya, Wina. 2012. Media Komunikasi Pembelajaran. Kencana Prenada Media Group: Jakarta
- Suiraoaka, I Putu dan I Dewa Nyoman. 2012. Media Pendidikan Kesehatan. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Taufik, M. 2007. Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan. CV. Informedia: Jakarta
- Winarni. 2003. Komunikasi Massa: Suatu Pengantar. Universitas Muhammadiyah: Malang

# BAB IX DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

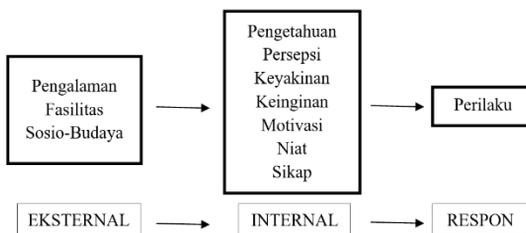
## A. Tujuan Pembelajaran

1. Memahami pengertian determinan dan perubahan perilaku kesehatan
2. Memahami konsep determinan dan perubahan perilaku kesehatan

## B. Materi

Konsep Umum Determinan (faktor penentu) perilaku merupakan faktor yang kompleks untuk dibatasi karena merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia terdiri dari tiga bagian, yakni fisik, psikis, dan sosial. Sulit untuk ditarik garis yang tegas batas-batasnya diantara ketiga perilaku tersebut. Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian, pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, di antaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sasaran fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses bentuknya perilaku ini dapat diilustrasikan seperti pada gambar 9.1



Gambar 9.1 Proses Terbentuknya Perilaku

Faktor internal perilaku (sifat umum) Ada tiga dominan (faktor yang mempengaruhi) perilaku, yaitu: pengetahuan (*cognitive*), sikap (afektif) dan tindakan atau praktik (psikomotor). Ketiga dominan didasarkan pada pengertian bahwa perilaku adalah segenap penghayatan dan aktivitas yang merupakan hasil akhir interkoneksi yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala kejiwaan perhatian, antara berbagai macam gejala kejiwaan seperti perhatian, pengamatan, pikiran, ingatan, fantasi (teori psikologi umum). Tiap gejala kejiwaan muncul bersama-sama dan saling mempengaruhi. Oleh karena itu, perilaku manusia selalu bersifat kompleks karena gejala-gejala jiwa saling mempengaruhi dan menghasilkan “bentuk” perilaku manusia tersebut, merupakan sifat-sifat umum atau gejala kejiwaan pada manusia. Sifat-sifat umum mencakup tiga gejala kejiwaan, yaitu: Pengenalan (kognisi), Perasaan (emosi), dan Kehendak (kondisi).

### **1. Pengenalan**

Adalah gejala untuk mengenal objek (stimulus) yang datang diluar subjek. Pengenalan objek oleh manusia pada prinsipnya melalui dua cara, yakni:

#### **a. Melalui indra:**

Mengenal objek melalui indra terdiri dari dua tahap, yakni di luar dan dipusat. Pengenalan objek terdiri di luar artinya terjadi karena indra manusia (telinga, mata, hidung, dan sebagainya) tersentuh oleh objek dari luar berupa bentuk suara, visual, bau, dan sebagainya. Setelah indra tersentuh oleh stimulus, kemudian diteruskan kepada susunan syaraf pusat, dan syaraf pusat akan mengolah sehingga terjadi pengenalan oleh manusia terhadap objek tersebut.

#### **b. Melalui akal:**

Yakni apabila orang mempunyai pemahaman terhadap sesuatu tanpa melalui indra tetapi melalui pikiran, akal, atau nalar. Proses kognisi melalui akal ini terdiri dari tahap-tahap:

##### **1) Membentuk pengertian**

- 2) Membentuk pendapat
- 3) Membentuk keputusan

Sebagai contoh, orang dalam menghasilkan karya cipta yang kreatif baik dalam bentuk tulisan, lukisan, sastra dan karya seni yang lain, maka orang tersebut lebih cenderung menggunakan akal. Dengan akal tersebut maka akan muncul karya-karya, atau ciptaan-ciptaan yang dimaksud.

### Pengenalan Melalui Indra

#### a. Pengamatan

Pengamatan adalah pengenalan subjek (manusia) terhadap objek di sekitarnya melalui indra: melihat, mendengar, meraba, membau, dan mengecap. Alat untuk mengenal dinamakan “pancaindra” yaitu indra yang jumlahnya lima. Sedangkan Melihat, Mendengar, Meraba, Membau, dan Mengecap itu sendiri disebut sebagai modalitas pengamatan.

##### 1) Melihat (penglihatan)

Adalah mengenal objek melalui mata. Objek yang dikenal melalui mata bersifat visual dan konkret. Berdasarkan sifat dan wujud, penglihatan digolongkan menjadi tiga, yakni:

- a) Melihat bentuk, yakni melihat objek yang mempunyai dimensi dua. Menurut hasil suatu penelitian, objek-objek penglihatan membentuk diri menjadi *gestalt* (keseluruhan yang utuh dan berarti). Manusia melihat sesuatu dan membentuk pengertian didasarkan hukum-hukum tertentu, antara lain:
- b) Hukum keterdekatan, artinya hal-hal yang berdekatan merupakan *gestalt* (keseluruhan) atau keutuhan. Misalnya kalau orang menyebutkan huruf a, b, c maka secara berurutan akan melanjutkan sampai x, y, dan z. Seorang murid

menyanyi “Burung kakak tua.....”, pasti akan mudah melanjutkan sampai nyanyian anak tersebut berakhir.

- c) Hukum Ketertutupan, artinya hal-hal yang tertutup merupakan *gestalt*. Misalnya, melihat gambar lingkaran atau kubus, yang di beberapa bagian terputus, maka kita secara otomatis akan mengatakan bahwa itu adalah gambar lingkaran atau kubus, meskipun ada bagian-bagian yang tidak sempurna membentuk lingkaran/kubus.
  - d) Hukum kebersamaan, artinya hal-hal yang sama merupakan *gestalt*. Misalnya, diantara murid sekolah yang menggunakan seragam putih biru, ada beberapa murid yang menggunakan celana hitam, tetapi secara *gestalt* akan terlihat sama memakai seragam sekolah.
- 2) Melihat dalam, yakni melihat objek berdimensi tiga.
- 3) Melihat warna

Dari sudut pandangan psikologi ada hal yang penting mengenai warna, yakni:

- a) Nilai efektif warna:

Merupakan hasil suatu penelitian, warna mempunyai pengaruh terhadap perilaku orang, yaitu berbentuk reaksi dan perubahan. Jadi, warna sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau masyarakat. Misalnya, warna merah akan memberikan efek psikologi membakar semangat, keberanian dan cenderung atraktif. Sedangkan warna hitam akan memberikan efek psikologis, keheningan, kemasygulan, keprihatinan.

b) Nilai lambang warna

Warna mempunyai sifat-sifat potensial dalam abstrak, dan memberi kesan tertentu kepada seseorang singgah dalam lingkungan kebudayaan tertentu warna merupakan lambang suatu sifat tertentu. Misalnya, putih melambangkan kesucian, hitam melambangkan kesedihan, merah jambu melambangkan cinta.

b. Mendengar (pendengaran)

Mendengar adalah menangkap bunyi (suara) atau audio dengan indra pendengaran (telinga). Bunyi mempunyai dua fungsi, yakni sebagai tanda dan sebagai lambang. Dalam kehidupan sehari-hari bunyi berfungsi sebagai pendukung arti senggak yang ditangkap oleh individu adalah artinya, bukan bunyinya.

- c. Merasa (*taste*), mencium (membau), dan meraba: Ketiga modalitas pengamatan yang terakhir ini kurang perannya dalam pembentukan perilaku, dibandingkan dengan dua modalitas pengamatan yang terdahulu (penglihatan dan pendengaran). Terlebih dalam proses pendidikan atau pembentukan perilaku, yang paling banyak berperan dari kelima modalitas pengamatan tersebut adalah modalitas pendengaran dan penglihatan. Modalitas penciuman, perabaan, dan penglihatan. Modalitas penciuman, perabaan, dan pengecapan hanya sebagai faktor penunjang dalam proses pembelajaran, pendidikan atau pembentukan perilaku.

Relevansi dengan proses pembentukan dan perubahan perilaku:

- a. Normal atau tidaknya pancaindra, mempunyai pengaruh terhadap proses pembelajaran dalam kaitannya dengan pembentukan dan pengembangan perilaku.

- b. Tiap-tiap orang mempunyai tipe pemahaman melalui indra yang berbeda. Ada orang yang mempunyai tipe lihat, artinya mudah memahami sesuatu setelah melihat, dan ada yang mempunyai tipe dengar, dan sebagainya. Oleh karena itu maka seseorang dalam berkomunikasi untuk pembentukan atau perubahan perilaku harus berusaha memberi stimulus indra sasaran sebanyak mungkin. Untuk hal ini maka pengguna alat bantu dengar lihat (*audio visual aids*) atau media audio-visual yang sangat efektif.
- c. Suatu prinsip belajar sasaran aktif adalah sebuah upaya agar sasaran menghayati materi tidak hanya terbatas pada mendengar dan penglihatan, tetapi juga dengan mengerjakan atau melakukan. Membentuk atau mengembangkan perilaku ibu dalam memberikan makanan yang bergizi kepada anak balitanya, tidak hanya diceramahi tentang gizi, tetapi si ibu juga perlu praktik memilih dan mengolah makanan bergizi untuk anak balitanya. Prinsip ini sesuai dengan pepatah Cina yang mengatakan “*if I Hear it I Forget, if see it I remember, if I do it know (understand)*”. Prinsip ini menurut pengembangan alat-alat bantu media komunikasi atau media pembelajaran sebanyak mungkin.

## 2. Perhatian

Ada dua batasan tentang perhatian, yaitu sebagai berikut:

- a. Perhatian adalah pemusatan *Energy* psikis yang tertuju ke suatu objek.
- b. Perhatian adalah banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu aktivitas yang sedang dilakukan.

Beberapa macam perhatian:

- a. Macam perhatian berdasarkan intensitasnya (banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai suatu kegiatan):

- 1) Perhatian intensif, perhatian yang intensitasnya tinggi.
  - 2) Perhatian tidak intensif, perhatian yang intensitasnya rendah misalnya mendengarkan ceramah sambil membaca Koran.  
Prinsipnya, makin banyak kesadaran yang menyertai suatu kegiatan atau aktivitas maka intensif perhatiannya, dan makin sedikit kesadaran yang menyertai suatu kegiatan atau aktivitas maka makin tidak intensif perhatiannya.
- b. Macam perhatian berdasarkan cara timbulnya:
- 1) Perhatian spontan, yaitu perhatian yang timbul tanpa disengaja atau tidak dikehendaki oleh subjeknya.
  - 2) Perhatian disengaja, yaitu perhatian yang timbul memang karena diusahakan atau disengaja.
- c. Macam perhatian atas dasar luasnya objek yang dikenai perhatian
- 1) Perhatian terpecah (*distributive*), yaitu dalam suatu saat perhatian dapat tertuju kepada bermacam-macam objek (sasaran).
  - 2) Perhatian terpusat (*konsentratif*), yaitu perhatian yang pada suatu saat hanya tertuju kepada satu objek atau kepada sasaran yang sangat terbatas.

Hal-hal yang menarik diperhatikan

- 1) Pandangan dari segi objek:  
Dilihat dari segi objek yang diperhatikan maka hal-hal yang menarik perhatian ialah hal-hal yang lain pada yang lain, hal yang menonjol dari yang lain, atau hal-hal yang keluar dari konteksnya. Dalam kehidupan sehari-hari, kita tahu bahwa suatu benda, perbuatan pembicaraan, berita, dan sebagainya, yang aneh, dan yang lain dari pada yang lain pasti

akan mendapat perhatian yang besar dari masyarakat.

2) Pandangan dari segi subjek

Dilihat dari segi orang atau subjek yang memperhatikan, maka hal-hal yang menarik perhatian adalah hal-hal yang ada kepentingannya atau ada sangkut-pautnya dengan diri subjek. Oleh karena setiap orang mempunyai kepentingan yang berbeda-beda, meskipun dengan objek yang sama, maka hal yang menarik perhatian pun bersifat subjektif tergantung dari subjeknya. Pada umumnya dapat dirumuskan sebagai berikut:

- a) Hal yang menarik perhatian yang bersangkutan-paut dengan kebutuhan subjek.
- b) Hal yang menarik perhatian adalah hal yang bersangkutan-paut dengan kegemaran subjek.
- c) Hal yang menarik perhatian adalah hal yang bersangkutan-paut dengan pekerjaan subjek.
- d) Hal yang menarik perhatian adalah yang berhubungan dengan sejarah hidup diri subjek.

Relevansi perhatian pada proses pembelajaran dalam rangka pembimbingan perilaku antara lain sebagai berikut:

- 1) Hasil penelitian membuktikan bahwa prestasi belajar berhubungan dengan intensitas perhatian. Oleh karena itu para pelaku pendidikan atau praktisi promosi kesehatan harus mengusahakan agar sasaran mempunyai perhatian yang intensif terhadap setiap kegiatan pembelajaran dalam rangka perubahan pembentukan perilaku.

- 2) Perhatian spontan cenderung lebih lama dan lebih intensif. Oleh karena itu, menimbulkan perhatian spontan merupakan hal yang baik dalam proses pembelajaran dalam rangka perubahan perilaku.
- 3) Dalam proses pembelajaran perubahan perilaku kesehatan sebagai besar sasaran menggunakan perhatian yang di sengaja. Oleh sebab itu, sebaiknya para pelaku promosi kesehatan atau pengajaran berusaha menyajikan materi pembelajaran, dengan cara yang menarik (tidak membosankan).

### **3. Tanggapan**

Setelah melakukan pengamatan (melihat, mendengar, membau, dan sebagainya) maka akan terjadi gambaran yang tinggal dalam ingatan. Gambaran yang tinggal dalam ingatan inilah yang disebut 'tanggapan'. Tanggapan ini akan berpengaruh terhadap pembelajaran dalam rangka pengembangan dan perubahan perilaku. Sebab tanpa adanya tanggapan pada subjek maka studinya tidak mungkin berhasil. Oleh karena itu dalam proses pembelajaran, perilaku kesehatan hendaknya berusaha agar dapat membentuk tanggapan yang benar dan cermat pada diri sasaran belajar, yakni masyarakat:

### **4. Fantasi**

Fantasi adalah kemampuan untuk tanggapan-tanggapan yang telah ada. Tanggapan-tanggapan baru ini tidak harus sama dengan tanggapan yang telah ada. Dalam proses pembelajaran, fantasi sangat penting, dan terwujud dalam daya kreativitas sasaran belajar. Relevansi fantasi di dalam kehidupan manusia sehari-hari antara lain sebagai berikut:

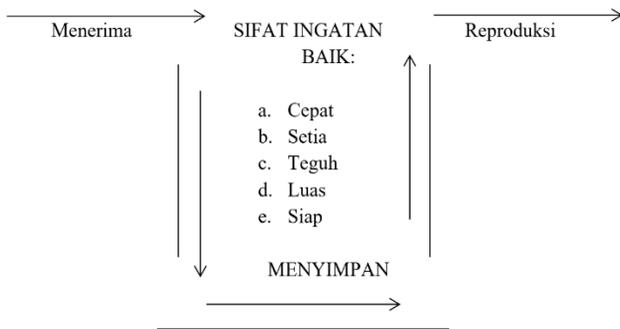
- a. Dengan fantasi maka orang dapat melepaskan diri dari ruangan dan waktu sehingga orang dapat memahami apa yang terjadi di tempat lain dan pada waktu yang lain.

- b. Dengan fantasi maka orang dapat menempatkan diri dalam kehidupan pribadi orang lain sehingga ia dapat memahami sesama manusia, serta dapat memahami kebudayaan orang lain dan lain-lain masalah kemanusiaan pada umumnya.
- c. Dengan fantasi, orang dapat melepaskan diri dari kesukaran yang dihadapi serta melupakan hal-hal yang tidak menyenangkan di masa yang lalu.
- d. Dengan fantasi orang dapat menciptakan sesuatu yang diinginkan, dan berusaha mencapainya.

**5. Ingatan**

Ingat adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan, dan memproteksikan kesan-kesan. Ingatan yang baik mempunyai sifat-sifat berikut:

- a. Cepat, artinya mudah mencamkan kesan-kesan yang diterima.
- b. Setia, artinya apa yang telah diterima (dicamkan) akan disimpan baik dan tidak akan berubah.
- c. Teguh artinya dapat menyimpan kesan dalam waktu lama tidak mudah lupa.
- d. Luas, artinya dapat menyimpan banyak macam kesan.
- e. Siap, artinya dengan mudah dapat memproduksi hal-hal yang dicamkan dan disimpan.



Gambar 9.2 Proses Ingatan

a. Mencamkan

Dalam hubungan dengan proses pembelajaran perilaku kesehatan makan mencamkan akan memberikan cara mengenai hal-hal yang dapat membantu menghafal (mencamkan sesuatu). Proses mencamkan dapat ditambah dengan cara berikut:

- 1) Menyuarakan bahan pelajaran di dalam belajar akan lebih menambah pemahaman.
- 2) Melakukan pembagian waktu pemahaman (belajar) yang tepat akan menambah pemahaman. Belajar secara borongan, dan sekaligus dalam rangka waktu yang lama pada umumnya kurang menguntungkan.
- 3) Belajar dengan menggunakan metode belajar yang tepat akan mempertinggi pencamann. Ada tiga macam metode belajar, yakni:
  - a) Metode keseluruhan, yakni menghafal atau mempelajari dari awal sampai akhir, berkali-kali.
  - b) Metode bagian, mempelajari bagian demi bagian sampai dikuasai dan baru melanjutkan ke bagian berikutnya.
  - c) Metode gabungan, yaitu gabungan antara metode keseluruhan dan bagian.
- 4) Mnemonik teknik atau titian ingatan, yakni dengan upaya memudahkan untuk mengingatkan yang dipelajari, memudahkan pencemaran atau pengingatan. Misalnya untuk mencamkan teori Roger dalam perubahan perilaku dengan singkatan AIETA (*Awareness, Interes, Evaluation, Trial, dan Adoption*).
- 5) Penggolongan kesatuan dalam skema atau ilustrasi. Prinsip ini dilakukan dengan menggunakan bagian-bagian atau ikhtisar-ikhtisar.

b. *Retentionnsi*

Retensi adalah satu pengertian untuk mengingat dan lupa. Mengingat dan lupa sebenarnya adalah satu dan sama dilihat dari sudut yang berlebihan, sebab hal yang diingat adalah lupa, dan hal yang dilupakan adalah tidak diingat. Dari hasil suatu penelitian mengenai retensi ini dikemukakan bahwa:

- 1) Setelah orang selesai belajar, maka akan segera diikuti oleh proses lupa. Proporsi yang dilupakan itu mula-mula cepat, kemudian melambat, dan akhirnya yang tersisa dapat disimpan di dalam waktu yang lama.
- 2) Untuk mencapai proporsi yang diingat agar cukup memadai, maka harus diulang-ulang dalam jangka waktu yang tidak terlalu lama.
- 3) Apabila mencamkan sesuatu, kemudian ia istirahat atau tidur, maka hal yang diingat lebih banyak dibandingkan dengan ia tidak istirahat.

c. *Reproduksi*

Mengaktifkan kembali hal yang telah dicamkan disebut *reproduksi*. Ada dua bentuk reproduksi, yaitu:

- 1) Mengingat kembali, artinya di dalam memproduksi tersebut tidak ada objek yang dapat dipakai sebagai penegangan untuk melakukan reproduksi.
- 2) Mengenal kembali, artinya di dalam mereproduksi tersebut ada sesuatu yang dapat dipakai sebagai tumpuan untuk melakukan reproduksi.

d. *Asosiasi*

Asosiasi adalah hubungan antara tanggapan yang satu dengan tanggapan yang lain di dalam diri seseorang. Dalam proses pembelajaran asosiasi ini sangat penting, sebab dengan asosiasi seakan-akan ada semasam kekuatan yang menyebabkan bahwa

apabila salah satu dari tanggapan lain dan membawanya ke dalam kesadaran.

Aristoteles merumuskan hukum-hukum asosiasi itu sebagai berikut.

a) Hukum sama saat serentak

Tanggapan-tanggapan yang dialami dalam waktu bersamaan akan berasosiasi satu sama lain. Misalnya, nama penyakit dengan bentuk kuman penyebabnya.

b) Hukum berurutan

Tanggapan-tanggapan yang diulang berturut-turut akan berasosiasi antara satu dengan lainnya. Misalnya, pelayanan preventif akan menimbulkan asosiasi dengan pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

c) Hukum kesamaan

Tanggapan-tanggapan yang bersesuaian akan cenderung untuk berasosiasi. Misalnya, melihat gambar cacing perut maka akan teringat kepada anak kecil yang cacingan, perut buncit, mata cekung, dan sebagainya.

d) Hukum berlawanan

Tanggapan-tanggapan yang saling berlawanan akan berasosiasi satu sama lainnya. Misalnya, melihat orang sehat kemudian teringat kepada si sakit yang kurus dan pucat.

e) Hukum sebab-akibat

Tanggapan-tanggapan yang mempunyai hubungan sebab akibat akan saling berasosiasi, misalnya, melihat daerah selomata kumuh, lingkungan yang buruk, ingat akan penyakit menular yang tinggi.

## 6. Berpikir (Pengenalan Melalui Akal)

Apabila pengamatan sampai dengan motivasi seperti telah diuraikan di atas merupakan suatu proses pengenalan melalui indra, berfikir merupakan proses pengenalan melalui akal. Berfikir adalah aktivitas yang

sifatnya idealistis yang mempergunakan abstraksi-abstraksi (*ideas*). Dalam berfikir, orang meletakkan hubungan antara bagian-bagian informasi yang ada pada dirinya yang berupa pengertian-pengertian.

a. Proses berpikir

Dalam berfikir ada prosesnya. Proses inilah yang disebut jalan pikiran atau logika. Pada prinsipnya proses berfikir ini mencakup tiga langkah pokok:

- 1) Pembentukan pengertian,
- 2) Pembentukan pendapat,
- 3) Penarikan kesimpulan.

b. Berpikir dan proses pembelajaran

Hal-hal yang praktis tentang berpikir yang relevan dengan proses pembelajaran dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Berpikir merupakan salah satu penentu keberhasilan pembelajaran. Oleh karena itu, para praktisi promosi kesehatan mempunyai tugas untuk sasaran atau masyarakat dengan sebaik-baiknya.
- 2) Berpikir mempunyai hubungan yang erat dengan Bahasa. Oleh karena itu penguasaan bahasa merupakan syarat pokok untuk dapat berpikir secara baik.
- 3) Dalam membantu perkembangan berpikir seseorang. Hendaknya bukan hanya dengan memberikan pengertian sebanyak-banyaknya, akan tetapi yang paling penting adalah memberikan pengertian-pengertian kunci fungsional ini akan meningkatkan kemampuan berpikir sasaran atau masyarakat.
- 4) Metode pemecahan masalah sangat penting di kembangkan karena sangat cocok untuk mengembangkan berpikir seseorang.
- 5) Pengetahuan yang siap di pakai sangat membantu seseorang untuk berpikir cepat dan tepat.

- 6) Penggunaan diagram, peta, ikhtisar, serta alat peraga lainnya akan sangat membantu dalam berpikir.

## **7. Emosi (Gejala-gejala Perasaan)**

Emosi adalah keadaan atau peristiwa kejiwaan yang dirasakan atau dinilai dengan: senang atau tidak senang, suka atau tidak suka, baik atau tidak baik, setuju atau tidak setuju, dan sebagainya. Oleh sebab itu, emosi bersifat subjektif ketimbang objektif, artinya suatu hal, benda atau peristiwa bagi seseorang itu menyenangkan atau baik. Tetapi bagi orang lain yang sama dinilai tidak menyenangkan atau tidak baik. Oleh sebab itu unsur-unsur perasaan atau emosi itu mempunyai ciri-ciri:

- a. Bersifat subjektif
- b. Bersangkut-paut dengan persepsi terhadap objek atau fenomena yang diamati/dikenal.
- c. Perasaan senang atau tidak senang, baik atau tidak baik, suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju dan sebagainya mempunyai tingkatan yang berbeda. Dua orang menilai suatu objek sama-sama baik, atau sama-sama tidak baik, tetapi penilaian baik atau penilaian tidak baik tersebut tidak sama (bertingkat), mulai dengan sangat sangat baik sampai dengan sangat baik sekali.

## **8. Faktor-Faktor Emosi**

Perasaan atau emosi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, yakni:

- a. Kondisi kesehatan:

Kesehatan seseorang baik kesehatan fisik, maupun kesehatan mental termasuk spiritual mempengaruhi emosi seseorang. Misalnya sekelompok orang yang menghadiri suatu pertunjukan kesenian atau budaya, akan merasakan orang-orang yang terganggu kesehatannya atau merasa tidak enak badan, maka pertunjukan yang menghibur pun dirasakan sebagai hiburan, dan nilainya sebagai pertunjukan yang tidak bermutu. Bagi orang-orang yang sehat,

maka akan merasa sangat terhibur dan menilai pertunjukan tersebut sangat baik dan dinilai sangat menyenangkan.

b. **Pembawaan:**

Perasaan atau emosi seseorang juga ditentukan oleh pembawaan orang yang bersangkutan. Ada orang yang perasaannya mudah terbawa oleh kondisi atau lingkungan sosialnya, mudah berinteraksi dengan lingkungannya, dan merasakan sesuatu itu menyenangkan atau menyedihkan. Di pihak yang lain ada orang yang perasaannya tidak mudah terbawa oleh arus lingkungan atau suasananya. Misalnya menyaksikan suatu pertunjukan yang lucu, respon orang-orang yang menyaksikan berbeda-beda. Ada sebagian orang merespon secara berlebihan dengan tertawa terpingkal-pingkal, tetapi ada kelompok orang yang menerimanya biasa-biasa saja dan hanya tersenyum.

c. **Kondisi dan situasi lingkungan:**

Situasi dan kondisi lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial berpengaruh terhadap perasaan atau emosi seseorang. Bandingkan perasaan orang yang sedang berada di mall dengan perasaan orang yang berada di pasar tradisional yang becek dan berbau (lingkungan fisik). Juga bandingkan perasaan orang yang sedang melayat di tempat duka, dengan orang yang sedang menghadiri pesta pernikahan (lingkungan sosial)

## **9. Reaksi Emosi**

Seperti telah disebutkan di atas bahwa perasaan atau emosi adalah merupakan penelitian seseorang terhadap stimulus atau kondisi dan situasi di luar dirinya. Hasil penilaian, emosi atau perasaan tersebut terwujud dalam berbagai bentuk manifestasi, yang biasanya disebut reaksi perasaan atau emosional. Reaksi-reaksi perasaan ini dapat dibedakan antara lain sebagai berikut:

- a. Terkejut  
Adalah reaksi yang tiba-tiba, dan biasanya terjadi kalau stimulus dari luar tersebut datang secara tiba-tiba tanpa disadarinya.
- b. Sedih  
Terjadinya rasa negatif, yakni apabila adanya kekosongan jiwa akibat suatu peristiwa atau kejadian yang tidak mengenakan. Sedih terjadi karena adanya “trauma” psikologis.
- c. Gembira  
Terjadi karena rasa positif, yakni adanya peristiwa atau kejadian yang menyenangkan terkait dengan dirinya.
- d. Takut  
Terjadi atau timbul, karena merasa lemah, tidak berdaya dalam menghadapi kondisi, situasi atau peristiwa di luar dirinya. Takut adalah perasaan ketidak mampuan dirinya dalam menghadapi tantangan atau ancaman dari luar.
- e. Miris  
Adalah rasa takut sangat berat dan berlebihan.
- f. Gelisah  
Rasa takut tetapi dalam tingkat yang masih ringan.
- g. khawatir  
Adalah terjadinya perasaan kurang berdaya atau adanya rasa terancam terhadap kondisi atau situasi di luar dirinya.
- h. Marah  
Adalah suatu bentuk reaksi terhadap rintangan atau kemungkinan kegagalan yang akan dialami. Marah juga merupakan bentuk perlawanan terhadap eksistensi dirinya.
- i. Heran  
Adalah reaksi atau respon terhadap objek yang belum dipahami, atau respons terhadap kejadian di luar dirinya yang tidak seperti biasanya, atau daripada yang lain.

## 10. Pengaruh Emosi

Emosi atau perasaan mempunyai pengaruh terhadap berbagai hal, dan selanjutnya pengaruh ini akan sampai pada kesehatan seseorang. Secara garis besar pengaruh emosi atau perasaan dikelompokkan, yakni:

### a. Pengaruh terhadap perilaku

Emosi seseorang akan mempengaruhi pikiran dan daya nalar orang yang bersangkutan. Orang yang emosionalnya tinggi akan menyebabkan hilangnya daya nalar atau logika berpikir seseorang. Dengan perkataan lain intensitas emosional yang tinggi, misalnya marah maka rasionalnya atau jalan pikiran yang logis yang akan ditinggalkannya. Sebagai manifestasi tidak berfungsinya logika berfikir, maka cara mengambil keputusannya pun di luar logika yang benar. Maka dari itu dalam mengambil keputusan apapun, jangan dilakukan pada waktu intensitas perasaan atau emosi yang tinggi.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa emosi atau perasaan itu mengendalikan tindakan atau perilaku manusia. Perilaku manusia itu terkendali, jika perasaan atau emosi juga terkendali. Apa yang mengendalikan emosi supaya menghasilkan perilaku yang terkendali? Jawabannya adalah “pikiran” atau daya nalar. Oleh karena itu, perasaan harus selalu dikontrol dengan pikiran.

### b. Pengaruh terhadap jasmani dan fungsi tubuh.

Emosi dapat mempengaruhi keluarnya kelenjar-kelenjar pencemaran, sistem sirkulasi darah dan hormon, yang selanjutnya dapat mengganggu metabolisme dalam tubuh. Dengan terjadinya gangguan fungsi tubuh, antara lain meningkatnya tekanan darah, terjadi gangguan pencernaan, berkurangnya daya konsentrasi sehingga mengakibatkan, dan sebagainya.

## 11. Konasi (Psikomotor)

Konasi adalah suatu tenaga atau kekuatan yang mendorong seseorang untuk bertindak, bergerak, atau berbuat, sebagai reaksi atau respon terhadap stimulus yang berupa lingkungan, baik fisik maupun nonfisik.

Konasi, kehendak atau hasrat mempunyai ciri-ciri antara lain sebagai berikut:

- a. Konasi adalah sebagai motor penggerak, artinya konasi, kehendak atau hasrat ini merupakan pemicu (*trigger*) untuk penggerak terhadap perilaku, hal ini berarti bahwa perilaku hanya terjadi apabila digerakkan oleh apa yang disebut konasi, kehendak atau hasrat ini.
- b. Konasi berhubungan dan diarahkan kepada tujuan tertentu, yakni perilaku tertentu. Misalnya seorang ibu berperilaku memeriksakan kehamilan (sebagai tujuan), maka digerakkan atau diarahkan oleh kehendak atau hasrat ibu tersebut yakni “kehendak untuk memeriksakan kehamilannya”.
- c. Konasi tidak dapat terpisahkan dengan kognisi dan emosi. Dengan perkataan lain konasi emosi konasi merupakan garis linier. Contoh, seorang ibu yang berkehendak memeriksakan kehamilannya (konasi) tersebut, sebagai akibat dari emosi atau perasaan, yakni suatu penilaian bahwa pemeriksaan kehamilan itu bermanfaat baginya (emosi). Selanjutnya perasaan (emosi) atau penilaian yang baik atas pemeriksaan kehamilan tersebut didasarkan pada pengetahuan ibu tentang pentingnya atau manfaat pemeriksaan kehamilan (kognisi).

## 12. Faktor Internal Perilaku (Sifat Khas Individu)

Kepribadian Perilaku manusia, disamping didasari oleh sifat-sifat umum tersebut di atas, juga didasari oleh sifat-sifat khas individu, yakni kepribadian, intelegensi, dan bakat yang mana berbeda satu sama lain. Tidak ada seorang pun yang mempunyai kepribadian yang sama dengan orang lain. Seseorang dalam berinteraksi dengan

orang lain harus memahami ciri atau sifat-sifat umum manusia dan harus mengenal kepribadian masing-masing orang. Untuk mengenal kepribadian seseorang, pemahaman terhadap psikologi kepribadian sangat penting. Kita harus maklumi bahwa kepribadian manusia beraneka ragam. Jenis kepribadian itu sama banyaknya dengan jumlah orang di dunia ini. Namun demikian, para ahli telah membuat penggolongan-penggolongan kepribadian untuk memudahkan pemahaman, umumnya mereka menggolongkan kepribadian ke dalam tipe-tipe tertentu, selanjutnya disebut teori tipologi. Tipologi adalah penggolongan kepribadian manusia berdasarkan aspek jasmani (fisik). Sedangkan temperamen adalah penggolongan kepribadian berdasarkan aspek nonfisik, atau psikologi (kejiwaan). Di bawah ini beberapa teori yang memandang bahwa kepribadian manusia itu didasarkan pada dua hal, yakni sifat-sifat fisik (tipologi), dan aspek-aspek psikis (temperamen).

### **C. Rangkuman**

Determinan perilaku merupakan faktor yang kompleks untuk dibatasi karena merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia terdiri (faktor yang mempengaruhi) perilaku, yaitu: pengetahuan (kognitif), sikap (afektif) dan tindakan atau praktik (psikomotor). Ketiga dominan didasarkan pada pengertian bahwa perilaku adalah segenap penghayatan dan aktivitas yang merupakan hasil akhir interkoneksi yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala kejiwaan seperti perhatian, pengamatan, pikiran, ingatan, fantasi, (teori psikologi umum). Disisi lain, perilaku manusia, disamping didasari oleh sifat-sifat umum tersebut diatas, juga didasari oleh sifat-sifat khas individu, yakni kepribadian, intelegensi dan bakat yang mana berbeda satu sama lain.

#### **D. Evaluasi**

1. Apakah yang dimaksud dengan determinan Perilaku dan jelaskan faktor-faktor yang menjadi bagian dalam perilaku?
2. Jelaskan proses mengingat dalam penginderaan.
3. Apa yang disebut dengan emosi dan jelaskan faktor yang terkait dengan emosi.
4. Jelaskan hukum gestalt dalam proses penginderaan manusia (melihat).
5. Mengapa perilaku perlu dipelajari dalam menyusun program kesehatan?

#### **E. Daftar Pustaka**

- Asmawi, Sahlan. 2002. *Teori Motivasi, Pendekatan Psikologi Industri*. Jakarta: Studi Ekspres.
- Combs and Suogg. 1959. *Individual Behavior*. New York, Evanston and London: Harper & Row Publisher. *Determinants of Behavior Development*.
- Glanz, Karen; Rimer K. Barbara; Vismanath K. 2008. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass Publisher.
- Monks, F. J; Hartup, Willard W; Jan de (Eds.). 1972 *Academics Press Inc., US*.
- Notoarmodjo Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmi Perilaku*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.



# **BAB X**

## **TEORI PERUBAHAN PERILAKU**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

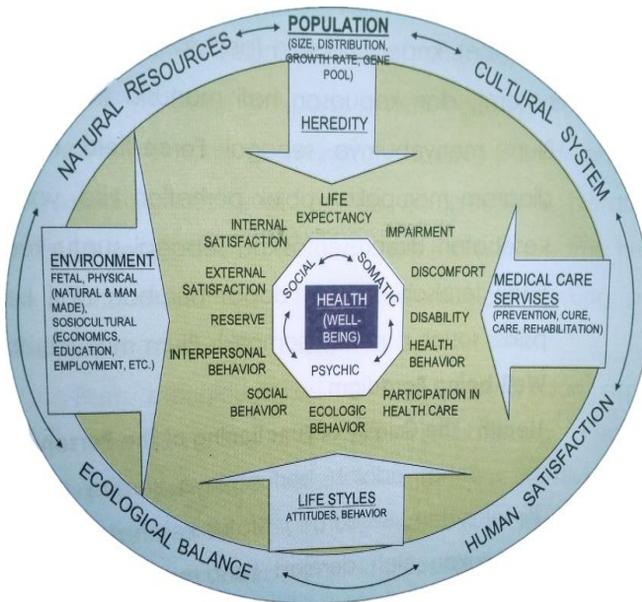
Diakhir bab ini, mahasiswa atau pembaca diharapkan mampu mengetahui, memahami teori perubahan perilaku dan aplikasinya dari teori H. L Blum, Preceed-Propceed SOR dan HBM. Perilaku manusia merupakan resultan dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal. Tujuan akhir yang diharapkan dari promosi kesehatan adalah adanya perubahan perilaku sasaran ke arah yang lebih mendukung peningkatan status kesehatan. Saat ini perubahan perilaku ini menjadi sangat penting karena ada pergeseran pada penyakit menjadi penyebab kesakitan dan kematian baik ditingkat nasional maupun internasional. Teori perilaku yang akan dibahas pada BAB ini meliputi: teori H. L Blum, *PRECEED – PROCEED*, SOR dan *Health Belief Model* (HBM).

### **B. Materi**

#### **1. Teori H. L Blum**

Konsep sehat menurut Blum (1981; 1983) sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat menurut Blum bukan saja kondisi sehat secara fisik (*somatik*), melainkan juga mental (*psychic*) dan sosial (*social*). Sehat dipandang sebagai berfungsinya semua tingkat sistem tubuh manusia secara optimal. Status kesehatan seseorang ditentukan oleh tingkat keharmonisan hubungan antara berbagai tingkat sistem tubuh.

Blum mengidentifikasi empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu lingkungan, perilaku (*life style*), pelayanan kesehatan, keturunan (*genetik*). Figur di bawah memberikan gambaran tentang hubungan faktor-faktor utama tersebut dalam memberikan pengaruh terhadap kesehatan.



Gambar 10.1 *Well-Being Paradigms of Health*

*Figure 1: The Force Field and Well-Being Paradigms of Health. (H.L. Blum, Planning for Health, 1981 Dalam H.L. Blum, Expanding Health Care Horizons: From a General Systems Concept of Health To a National Health Policy, Second Edition, Third Party Publishing Company, California, 1983).*

Besar kecilnya panah diagram di atas menunjukkan seberapa kuat kemungkinan keempat faktor utama tersebut mempengaruhi kesehatan. Panah pada faktor lingkungan merupakan yang terbesar; menunjukkan bahwa faktor terbesar kedua adalah pada faktor terbesar yang mempengaruhi kesehatan adalah lingkungan/tempat di mana kita tinggal. Panah terbesar kedua adalah pada faktor perilaku/gaya hidup, disusul kemudian faktor pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkaran luar diagram menunjukkan bahwa empat faktor utama dihubungkan satu dengan yang lainnya dan saling mempengaruhi ketergantungan mereka pada supra sistem, yaitu sumber-sumber alam (*natural*

*resources*), keseimbangan ekologi (*ecological balance*), kependudukan (*populasi*), sistem budaya (*cultural system*), kepuasan hati manusia (*human satisfaction*). Blum menyebutkan sebagai *Force-field Paradigm*. Pusat diagram merupakan objek perhatian kita, yaitu kesehatan. Kesehatan dipresentasikan sebagai suatu keadaan yang tidak terpisahkan dan dapat berubah dari psikis, sosial, dan fisik (*somatik*). Blum menyebutnya sebagai *Well-being Paradigm*.

a. *Health: The Quality of Functioning of The Person-Lever System*

Sehat adalah berfungsinya tingkatan sistem (*level system*) seseorang. Status kesehatan seorang individu ditentukan oleh derajat keharmonisan hubungan antara berbagai macam tingkatan sistem dalam hierarki manusia (*homo sapiens*). Masalah kesehatan timbul karena terganggunya interaksi dalam sebuah sistem, atau antara tingkatan sistem, karena sistem yang satu dengan yang lain diarahkan untuk mengalami malfungsi oleh kekuatan dari atas (*eksternal*) atau bawah (*internal*) sehingga berakibat melemahnya kapasitas homeostasis atau kemampuan untuk menyerap gangguan, atau melebihi kapasitas pendukung yang dimiliki oleh sistem tersebut.

Blum menjelaskan bahwa kesehatan seseorang merupakan susunan dari tiga hierarki dan hubungan dari aspek somatik (*product of the person's internal or organic and sub-organic system levels*), psikis (*integrating function*), dan sosial (*supra-system interactant level*). Ketiganya merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan, "*The person is physiologically-integrated and structured whole, composed of sub-systems. One receives (or feels) messages from the sub-system which tell one of external and internal, and of normal or abnormal, pressures and states of affairs bearing upon the person. At the same time, one is sosociologically integratedr directed sub-system observing and feeling the influences of the supra-*

*organic levels of the homo-sapiens hierarchy. Because one interface or connects these two streams, he or she is most distinctively a feeling, ppsychologicalhinking, and reflective entity as well” (Blum, 1983, p.21)*

Blum mengidentifikasi 12 segi (*facets*) dari aspek kesehatan somatik, psikis, dan sosial yang meliputi keseluruhan pengertian relatif tentang sehat (*relatively full-meding of health*). Ke-12 segi merupakan kriteria sehat yang ditampilkan dalam terminologi positif (*good health*) dan negatif (*bad health*) serta menjadi indikator dari *functionality* dan *adaptivity* (atau *dysfuctionality* dan *maladaptivity*) level-system manusia.

b. Hubungan Antara Kesehatan Dengan Variabel Ekonomi, Sosial, Kultural, Dan Lingkungan Fisik

1) Kemiskinan (*proverty*), kemakmuran (*affluence*), dan ras (*race*).

Kaum miskin mempunyai status kesehatan yang buruk karena tidak mendapatkan pelayanan dan perawatan kesehatan yang layak. Mereka juga menanggung beban terbesar dari kesakitan dan kematian. Kesimpulan umum yang berlaku adalah bahwa terdapat hubungan timbal balik antara status sosial ekonomi dan status kesehatan.

2) Perkembangan dan fluktuasi ekonomi (*Economic Devolopment and Fluctuation*)

Terdapat hubungan yang tak terbantahkan bahwa tekanan darah tinggi dan penyakit kardiovaskuler adalah produk dari kelas masyarakat modern, atau dari masyarakat industri. Pola pekerjaan, migrasi, inflasi, perubahan budaya, kehilangan pekerjaan, dan hubungan sosial merupakan indikator kunci untuk meramalkan akibat dari proses dan kebijakan ekonomi dengan status kesehatan. Pengangguran secara langsung berhubungan dengan peningkatan angkat kematian bayi, berhubungan dengan peningkatan angka kematian bayi, kematian karena penyakit jantung dan nefritis kronik, sakit mental,

alkoholisme, bunuh diri, serta naiknya kasus kriminalitas.

3) Pendidikan (*education*)

Hubungan yang signifikan ditunjukkan antara pendapatan dan pendidikan dengan kematian (*mortalitas*) dan kesakitan (*morbidity*), dimana pendidikan merupakan *predator* terkuat. Karena pendidikan dan status ekonomi sangat dekat satu sama lain, sedekat hubungan dengan perumahan, pekerjaan, akses kesempatan, dan lainnya; maka efek dari variabel-variabel tersebut sangat sulit untuk dipisahkan.

4) *Occupational Exposures and Job-Related Health*

Secara umum lebih banyak orang yang meninggal pelan-pelan akibat paparan lingkungan kerja dibandingkan yang pelan akibat kecelakaan kerja. Diperkirakan bahwa satu dari empat pekerja terpapar bahan berbahaya dan sebaliknya 50 juta pekerja kemungkinan besar terpapar lebih dari satu bahan berbahaya dalam kehidupan mereka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian penyakit kanker yang disebabkan lingkungan kerja antara 10%-38%.

5) Lingkungan Fisik secara Umum (*General Physical Environment*)

a) Perumahan penduduk (*population density*)

Kepadatan hunian kelihatannya memberikan pengaruh yang sangat kecil pada *well-being*, walaupun begitu dapat meningkatkan keawatiran dan ketidak bahagian, terutama bila dalam hunian terdapat orang lain yang bukan keluarga (*non-kin*). Kepadatan penduduk dengan *crowding* sebagai komponen terbukti berhubungan dengan peningkatan penyakit (*pathology*), *general hospital admissions*, *morbidity*, *psychiatric admissions* dan *social mal-adaptation*.

b) Polusi udara

Hubungan antara polusi udara dengan kesehatan ditunjukkan oleh hubungannya dengan serangan asma, bronkitis, emfisema, dan kanker paru. Kematian akibat asma, bronkitis, emfisema, dan kanker paru lebih tinggi pada wilayah urban dibandingkan *rural*.

c) Bahaya di jalan raya sangat jelas berkaitan dengan risiko-risiko yang dapat dicegah (*correctible hazards*). Pengurangan jenis dan kecepatan kendaraan terbukti memberikan pengaruh yang besar terhadap frekuensi kecelakaan.

d) Kebisingan (*noise*)

Kebisingan dan kesehatan mempunyai hubungan yang sangat berarti (*meaningful interaction*). Paparan dengan kebisingan di lingkungan kerja dalam jangka panjang di laporkan telah meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler hingga 60%. Kebisingan dapat mengganggu perkembangan psikologis kognitif, dan diyakini memberikan pengaruh sistem kardiovaskuler, endokrin, pernafasan, dan sistem pencernaan; serta meningkatkan tekanan darah. Bising yang ditimbulkan pesawat terbang berkontribusi terhadap kematian akibat stroke, penyakit kardiovaskuler, sirosis, kanker paru, bunuh diri, dan kecelakaan langsung. Kebisingan tingkat tinggi pada industri juga berhubungan dengan kehilangan pendengaran. Kebisingan menurunkan kemampuan sosialisasi dan sensitivitas dalam berhubungan dengan orang lain.

6) Stres

a) Kepadatan penduduk atau wilayah

Kepadatan penduduk berkaitan dengan *crowding* dan kualitas interaksi sosial,

sedemikian rupa sehingga sulit untuk memisahkan pengaruhnya. Wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi mempunyai lebih banyak tuberkulosis, pneumonia, penyakit kronis (*chronic disease*), kecacatan (*disability*), bunuh diri, kematian bayi, penyakit mental, dan penyakit menular seksual.

b) Stressor sosiologis (sociological stressors)  
Istilah “*sociological stressors*” menggambarkan: “*an increasingly-complex set of interrelated forces that can expected to affect all aspects of well-being*”. Substansi stress sendiri tidak mudah untuk didefinisikan, terutama karena cakupan indikator yang digunakan untuk mewakilinya telah menjadi sangat luas. Salah satu yang mudah untuk mengukur gangguan somatik akibat stres adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah dan hipertensi terkait dengan variasi dan kerasnya tekanan lingkungan kehidupan.

c) Perubahan kehidupan (*live change*)  
Perubahan mungkin menyenangkan seperti menikah atau mendapatkan promosi, atau yang tidak menyenangkan seperti kematian anggota keluarga, perceraian, atau kehilangan pekerjaan. Semuanya menimbulkan stres pada individu atau unit keluarga.

c. Hubungan Antara Kesehatan dengan Perilaku dan Gaya Hidup

Terdapat hubungan signifikan antara kesehatan dengan kecukupan tidur, pola tidur, pola makan, konsumsi alkohol, berat badan, merokok, dan olah raga.

1) Merokok

Rokok berhubungan dengan kecacatan pada janin, CHD, dan kanker paru, mulut, *pharing*, *laring*, *esophagus*, dan kandung kemih. WHO

mengidentifikasi rokok sebagai penyebab tunggal terbanyak gangguan kesehatan dan kematian. Rokok memberi kontribusi terbesar kematian akibat kanker melebihi semua faktor risiko lainnya.

2) Diet

Diet dan obesitas berhubungan dengan tekanan darah, serangan jantung, arteriosklerosis, stroke, kanker traktus gastrin intertidal, diabetes, penyakit *liver* dan kandung empedu, *arthritis degeneratid* pada pinggul, lutut, dan mata kaki, serta perlukaan (*injuries*).

3) Alkohol

Alkohol berhubungan dengan kecelakaan, cirrosis, defisiensi vitamin, peradangan pankreas dan esophagus, penyakit otot dan saraf, serta kanker mulut, pharing, laring, dan esophagus.

4) Olah raga

Kurangnya aktivitas fisik mempunyai hubungan kuat dengan meningkatnya kejadian kejadian penyakit jantung. Olah raga yang cukup sangat berkaitan dengan kebugaran dan kesehatan secara umum.

5) Perilaku hidup sehat sehari-hari (*manifest health behavior*)

Pola perilaku hidup sehari-hari seringkali tidak dapat dipisahkan dengan tingkat pengetahuan individu, gaya hidup, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan berkaitan erat dengan status pendidikan, ekonomi, dan sosial.

6) Jaringan pendukung (*support networks*)

Tidak hanya jaringan pendukung berhubungan dengan rendahnya status kesehatan pada janda, perceraian, perpisahan, dan orang yang hidup sendiri (*single person*).

d. Hubungan Kesehatan Dengan Kontribusi Genetik

1) Maladaptasi

Peningkatan kejadian penyakit degeneratif pada masyarakat industri disebabkan karena sedikitnya waktu dan kesempatan yang dipunyai manusia untuk melakukan mutasi genetik dalam rangka menyesuaikan diri terhadap nutrisi, paparan, dan stresor baru. Penyakit yang dominan pada masyarakat industri seperti ini arteriosklerosis, mungkin disebabkan hanya karena ketidak mampuan beradaptasi.

2) Kondisi khusus (*specific condition*)

*At the disease-specific level, there is a mass of data that describes not only evidence of the genetic role in statistical terms but provides the specific genetic makeup of many environmental factors.*

*Laboratory information is now so good for many specific conditions or recessive, whether it is based on full, excessive, or limited chromosome complement, whether it is on the sex determined chromosome, and whether it is of high or low penetrance (the degree to which the properties of a gene are evident).*

3) Resistensi terhadap penyakit (*resistance to disease*)

Pentingnya konstitusi genetik dalam menentukan status kesehatan tidak dapat dibantah lagi. Kapasitas resistensi seseorang terhadap berbagai macam kondisi sebagai sesuatu yang diturunkan secara genetik telah didokumentasikan secara luas. Hasil akhir kesehatan seseorang ditentukan oleh kombinasi antara pengaruh faktor penentu dari dalam (genetik) dan faktor lingkungan.

- e. Hubungan Antara Kesehatan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (*Scientific Medicine*)
- 1) Ketersediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan umum di USA, variasi antar negara bagian dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan telah dibandingkan dengan angka kematian, dan ternyata ada hubungan yang signifikan antara keduanya.
  - 2) Peningkatan pemanfaatan pelayanan medis  
Tidak ada perbedaan yang nampak dalam morbiditas dan mortalitas pada kelompok eksperimen yang diberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang menerima pelayanan kesehatan secara terbatas dan berpisah. *When the treatment modalities emphasize village personnel, community participation, or alternative medical practitioners, rather than clinical care, the outcomes are appreciably more positive.*
  - 3) Pengendalian mutu pelayanan kesehatan  
Tinjauan secara luas terhadap mutu berfokus pada hubungan antara klien dengan sistem pelayanan kesehatan, pada seberapa jauh klien dapat menerima pelayanan, seberapa jauh tingkat pemenuhan kebutuhannya, dan pada keuntungan maksimal bagi individu dan masyarakat. Pemberian pelayanan kesehatan tanpa di sertai dengan pengendalian mutu berakibat timbulnya berbagai macam masalah baru, termasuk kasus iatrogenik (penyakit-penyakit yang disebabkan oleh apa yang dilakukan atau diresepkan dokter).
  - 4) Penambahan pelayanan kesehatan khusus yang sesuai dengan kelompok tertentu yang diketahui berisiko terhadap bahaya-bahaya yang spesifik. Bukti menunjukkan bahwa

perawatan penderita dengan penyumbatan arteri koroner di ruang perawatan intensif (ICU) kurang memuaskan dibanding dengan merawat mereka di rumah sendiri (*home care*). Hal ini dimungkinkan oleh karena perawatan di rumah tidak menimbulkan kecemasan sebagaimana perawatan di ICU. Kecemasan dapat memicu terjadinya penggumpalan darah lebih lanjut. Penyediaan *mobile coronary-care units* juga terbukti efektif dalam mengatasi serangan jantung mendadak (*sudden cardiac attacks*)

5) Risiko dari pelayanan kesehatan (*Hazards of medical care/iatrogenicity*)

Pelayanan kesehatan selain memberikan pengaruh positif bagi peningkatan status kesehatan, juga berisiko tinggi memberikan dampak negatif. *The Food and Drug Administration, USA (1973)* menyatakan bahwa lebih dari 100 orang Amerika meninggal setiap hari karena reaksi obat yang diresepkan dokter. Diperkirakan bahwa 33% antibiotik yang diberikan sebenarnya tidak diperlukan pasien, dan sekitar 2000 orang yang dilayani dokter praktek pribadi meninggal karena reaksi antibiotik yang diberikan.

Beberapa aspek dari iatrogenik antara lain adalah:

- 1) Pasien mengikuti pola perilaku yang tidak sehat, karena dia menerima advis yang tidak efektif.
- 2) Pasien menerima tindakan dengan benar secara teknis dalam arti sesuai dengan penyakitnya, tapi tidak tepat dalam memecahkan kebutuhan fungsional psikososial nya.

- 3) Pasien mendapatkan tindakan yang tepat, tindakan yang diberikan menimbulkan reaksi yang hebat pada jaringan lain, misalnya penekanan pada sistem imun.
- 4) Masalah pasien tidak dapat dipahami oleh tenaga kesehatan karena perbedaan budaya, sehingga menghalanginya untuk mendapat pelayanan yang dibutuhkan.
- 5) Pasien mendapatkan infeksi nosokomial selama menjalani perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

## 2. Teori Precede-Proceed

perubahan perilaku precede-proceed dari lowrence Green Dan M. kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian yang berbeda.

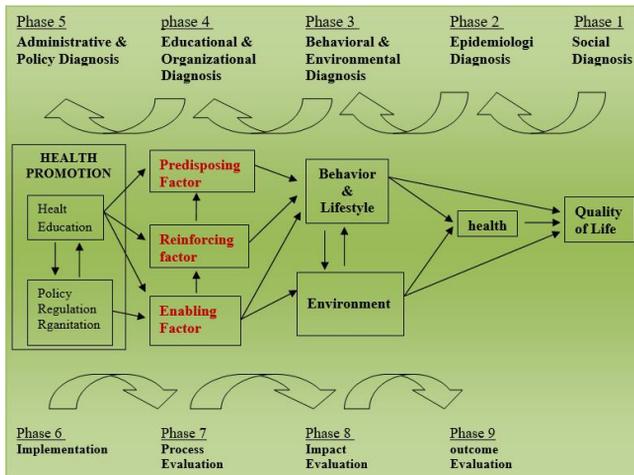
- a. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Education/ Ecological, Diagnosis, Evaluation*).
- b. PROCEED (*Policy, Regulatory, Organization, constructs in, Education, Environment, Develonment*).

Salah satu yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan adalah model Precede-Proceed. Precede bagian dari fase (1-4) berfokus pada perencanaan program, dan bagian Proceed fase (5-8) berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik. secara bertahap, proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program , dan evaluasi program (Fertman, 2010).

Proses PRECEDE dirancang sebagai suatu model sebab-akibat satu arah. Masukan (pendidikan kesehatan) akan menyebabkan perubahan tertentu yang

menimbulkan berbagai perubahan lain dan akhirnya membuahkan hasil (perbaikan kualitas hidup). Kerangka kerja Precede mengarahkan perhatian awal pada keluaran bukan pada masukan dan memulai suatu proses perencanaan kesehatan dari ujung “keluaran”. Semua faktor penting untuk suatu keluaran harus didiagnosis sebelum intervensi di rancang agar tidak salah arah.

PROCEED dilakukan untuk meyakinkan bahwa program akan tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima dan dapat dipertanggung jawabkan. Oleh sebab itu, penilaian sumber daya yang dibutuhkan dapat meyakinkan keberadaan program, perubahan organisasional keberadaan program, perubahan organisasional dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dijangkau. Perubahan politis dan peraturan dibutuhkan meyakinkan program dapat diterima oleh masyarakat dan evaluasi dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dipertanggungjawabkan pada penentu kebijakan, administrator, konsumen/klien, dan *stake holder* terkait, yaitu untuk menilai apakah program sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.



Sumber: Delapan fase Precede-Proceed (Fertman, 2010)

Gambar 10.2 Prosede-Proceed (Green & Kreuter, 2005)

Percede memiliki 5 fase yang meliputi:

### **Fase 1: Diagnosa Sosial**

Diagnosis sosial menilai masalah kualitas hidup. Diagnosis sosial adalah proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhan kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Dalam fase ini, program menyorot kualitas dari hasil keluaran secara spesifik. Pada fase ini, mengukur masalah sosial dengan menggunakan indikator sosial. Indikator yang digunakan meliputi: *absenteeism, achievement, aesthetics, alienation, comfort, crime, employment, discrimination, happiness, hostility, legitimacy, performance, riots, self esteem, unemployment, votes, welfare.*

Indikator utama sosial dari kesehatan dalam populasi spesifik (contohnya derajat kemiskinan) yang berefek pada kesehatan dan kualitas hidup. Sebagai contoh, pada pekerjaan industri yang kumuh dan berbahaya dengan rata-rata kecelakaan yang tinggi, sedikitnya pelayanan kesehatan, dan keterbatasan kesediaan makanan di luar pedagang keliling, pekerja mungkin merasa tidak aman dan menjadi tidak sehat selama kondisi bekerja.

### **Fase 2: Diagnosa Epidemiologi**

Pada fase 2 ini adalah mengidentifikasi masalah kesehatan yang spesifik yang terlihat ada hubungan dengan masalah social pada fase 1. Pada fase ini dicari indikator kesehatan yang mempengaruhi kualitas. Faktor ini harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada. Pada fase ini harus diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dll), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut. Indikator pengukuran diagnosa epidemiologi dengan menggunakan indikator vital meliputi: *disability,*

*discomfort, fertility, fitness, morbidity, mortality dan physiological, discomfort, fertility, fitness, morbidity, mortality dan physiological risk factor.* Dimensi yang digunakan meliputi: insiden, prevalensi, persebaran dan kedalaman lama.

Dalam fase kedua, setelah spesifik masalah sosial yang berkaitan dengan buruknya kualitas kehidupan dalam fase pertama, program mengidentifikasi mana masalah kesehatan atau faktor lain berperan dalam perburukkan kualitas hidup. Masalah kesehatan akan dianalisis berdasarkan dua faktor: pentingnya dalam artian bagaimana hubungannya dengan masalah kesehatan untuk mengidentifikasi indikator sosial dalam penilaian sosial dan bagaimana menerima untuk merubah masalah kesehatan yang ada. Setelah prioritas masalah utama kesehatan stabil, identifikasi dari determinan yang mengarahkan pada munculnya masalah kesehatan. Detailnya, adalah apa ada faktor lingkungan, faktor perilaku, dan indikator genetik yang mengarahkan kepada permasalahan kesehatan yang spesifik.

Kepentingan yang sama dan analisis perubahan akan menampilkan identifikasi faktor mana yang menjadi target dalam program promosi kesehatan. Melanjutkan dari contoh sisi pekerjaan, program akan mengumpulkan data masalah kesehatan dalam populasi yang akan mengarahkan kepada ketidakpedulian, seperti obesitas, penyakit hati, kanker, dan penyakit menular. Setelah penyakit diurutkan berdasarkan kepentingan dan kemampuan untuk diubah, perencana akan memilih salah satu masalah kesehatan. Langkah selanjutnya dalam penilaian ini adalah mengidentifikasi penyebab utama dari penyakit tersebut, seperti faktor lingkungan (contohnya racun, kondisi kerja yang penuh tekanan, atau kondisi pekerjaan yang tidak terkontrol), faktor perilaku (contohnya sedikitnya aktivitas fisik, diet yang buruk, merokok, atau konsumsi alkohol), Dan faktor genetik (contoh riwayat keluarga). Pentingnya dan perubahan data akan analisis, dan kemudian satu atau

beberapa dari faktor resiko ini akan dipilih menjadi fokus. Untuk melengkapi fase ini, tujuan status kesehatan, perilaku objektif, dan lingkungan objektif akan disusun.

### **Fase 3: Diagnosa Perilaku dan lingkungan**

Pada fase 3 ini terdiri atas pengidentifikasian perilaku khusus yang berhubungan dengan kesehatan, dan sangat penting untuk mengidentifikasi berbagai perilaku. Pada fase ini mengaitkan sesuatu kategori faktor-faktor bukan perilaku dan faktor-faktor perilaku. Faktor non perilaku meliputi: faktor ekonomi, genetik dan lingkungan. Indikator perilaku meliputi: pemakaian, tindakan preventif, pola konsumsi dan kepatuhan. Dimensi yang digunakan awal, frekuensi, rentang/jarak dan resistensi.

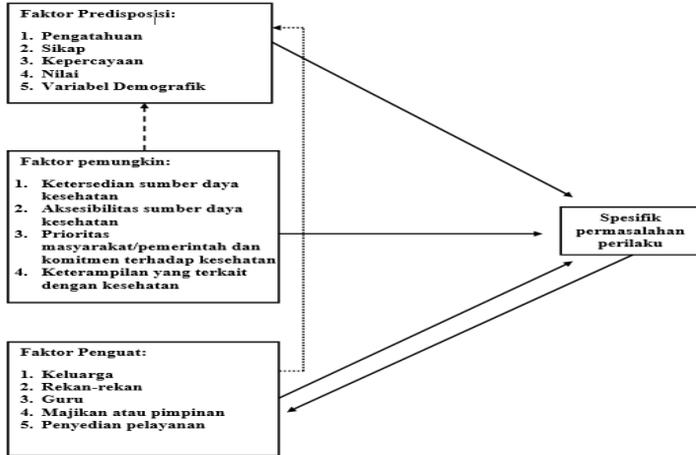
Terdapat lima langkah dalam diagnosis perilaku dan lingkungan:

- a. Memisahkan faktor perilaku dan non perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan
- b. Mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegahnya timbulnya masalah kesehatan dan perilaku yang berhubungan dengan tindakan perawatan/pengobatan. Faktor lingkungan yang harus dilakukan adalah mengeliminasi faktor non perilaku yang tidak dapat diubah, seperti: faktor genetik demografi
- c. Mengurutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan besarnya pengaruh terhadap masalah kesehatan
- d. Mengurutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan kemungkinan untuk diubah
- e. Tetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program. Setelah itu tetapkan tujuan perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai program.

### **Fase 4: Diagnosis Pendidikan dan organisasi**

Fokus dalam fase 4 determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau

masyarakat terbagi ke dalam tiga kategori: faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pemungkin dan faktor-faktor penguat (Green & Kreuter 2005).



Sumber : Green, LW, Kreuter, MW, Akta, SG, Patridge, KB (1980)

Gambar 10.3 Kerangka Teori Lawrence Green

Catatan : Garis padat menyiratkan memberikan kontribusi pengaruh, dan garis putus-putus berarti efek sekunder. Angka menunjukkan urutan perkiraan dimana tindakan biasanya terjadi.

a. Faktor predisposisi (*Predisposisi Factors*)

faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. Secara umum, dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghemat 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.

- b. Faktor-faktor pemungkin (*Enabling Factors*) 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) Akseibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya dan sosial.
- 3) Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut.

Lingkungan, memfasilitasi dilakukan 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 akseibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Keterampilan dalam pengaruhnya terhadap masyarakat, seperti melalui perubahan organisasi dan kegiatan sosial, dapat memungkinkan tindakan untuk secara langsung mempengaruhi lingkungan fisik atau lingkungan pelayanan kesehatan.

c. Faktor penguat (*Reinforcing Factors*)

faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlambat) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlemah) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan. Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapatkan dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman atau lingkungan bahkan juga sasaran dan umpan balik dari petugas kesehatan.

Pada fase ini setelah diidentifikasi faktor pendidikan dan organisasional, maka ditetapkan tujuan pembelajaran yang akan dicapai, selain itu, berdasarkan faktor pemungkin dan penguat yang teridentifikasi ditetapkan tujuan organisasional yang akan dicapai melalui upaya pengembangan organisasi dan sumber daya.

**Fase 5: Diagnosis Administrasi & kebijakan**

Fokus utama dalam administrasi dan kebijakan dan keselarasan intervensi dalam fase ke empat adalah pemastian kenyataan, untuk meyakinkan bahwa ini ada dalam aturan (sekolah, tempat kerja, organisasi pelayanan kesehatan, atau komunitas) semua dukungan yang memungkinkan, pendanaan, kepribadian, fasilitas, kebijakan dan sumber daya lainnya akan ditampilkan untuk mengembangkan dan pelaksanaan program. Pada contoh tempat kerja sebelumnya. Sisi kebijakan dan prosedur akan diulas, diperbaiki, dibentuk dan akan dilaksanakan. Seperti poin ini, ada penilaian pada sisi untuk menjelaskan tepatnya apa hal yang diperlukan untuk menjalankan program dengan baik sebagaimana

dikemukakan tingkat pendanaan, kebutuhan ruang (pemungkin sebuah kelas, sebuah tempat kebugaran, perubahan ruangan, atau sower yang diperlukan), dan beberapa barang dan juga untuk memeriksa detail kaitan penyebaran program, seperti bagaimana untuk merekrut dan menjaga partisipasi dalam program.

#### **Fase 6: Implementasi atau Pelaksana**

Tindakan mengubah tujuan program mengubah tujuan program ke dalam tindakan melalui perubahan kebijakan, regulasi dan organisasi. Pemilihan metode dan strategi intervensi, misalnya, pendidikan & atau sumber daya lainnya

#### **Fase 7: Proses Evaluasi**

Proses evaluasi adalah sebuah evaluasi yang formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan baik data kuantitatif dan kualitatif untuk mengakses kemungkinan dalam program sebagaimana untuk meyakinkan penyampaian program yang berkualitas. Sebagai contoh, kehadiran partisipan, dan perilaku selama berjalannya program akan dikumpulkan, sebagaimana sebuah penilaian sebagaimana baiknya rencana yang tertulis (menjelaskan isi dari yang telah disampaikan, bagaimana itu akan disampaikan, dan seberapa banyak waktu yang dialokasikan) menyelaraskan dengan penyampaian sebenarnya dari pelajaran (apa isi yang sebenarnya yang telah disampaikan, bagaimana itu disampaikan, dan seberapa banyak waktu yang diperlukan untuk menyampaikan isu). Penyampaian pendidikan dari tujuan juga diukur dalam fase ini.

Fokus pada fase ini adalah evaluasi sumatif, yang diukur setelah program selesai, untuk mencari tahu pengaruh intervensi dalam perilaku atau lingkungan. Waktunya akan bervariasi mulai dari segera mungkin setelah dari menyelesaikan aktivitas intervensi sampai beberapa tahun kemudian.

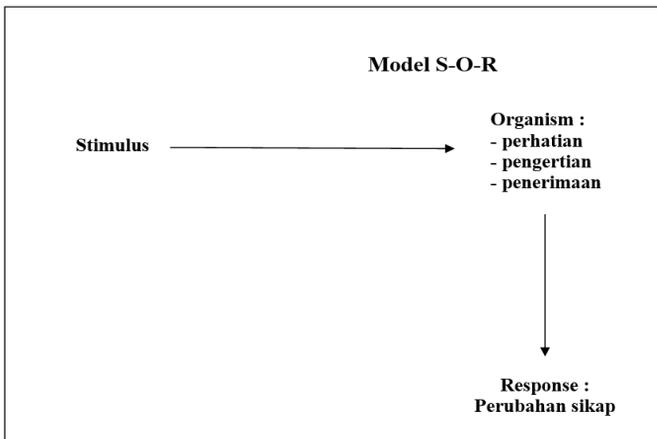
### Fase 8: Hasil atau Keluaran Evaluasi

Fokus dari fase evaluasi terakhir sama dengan fokus ketika semua proses berjalan indikator evaluasi dalam kualitas hidup derajat kesehatan.

### 3. Teori S-O-R

Teori S-O-R sebagai singkatan dari Stimulus-Organisme-Respons. Objek materialnya adalah manusia yang jiwanya meliputi komponen-komponen : sikap, opini, perilaku, kognisi, afeksi dan konasi, menurut model ini, organisme menghasilkan perilaku tertentu jika ada kondisi stimulus tertentu pula, efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus khusus, sehingga seorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesuaian antara pesan dan reaksi komunikasi. *Stimulus Response Theory* atau *S-R theory*.

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Elemen-elemen dari model ini adalah pesan (stimulus), komunikasi (organisme), efek (respon). Model S-O-R dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 10.4 Teori model S-O-R

Model ini menunjukkan bahwa komunikasi merupakan proses aksi-reaksi. Artinya model ini

mengasumsi bahwa kata-kata verbal, isyarat non verbal, simbol-simbol tertentu akan merangsang orang lain memberikan respon dengan cara tertentu. Pola S-O-R ini dapat berlangsung secara positif atau negatif; misal jika orang tersenyum akan dibalas tersenyum ini merupakan reaksi positif, namun jika tersenyum dibalas dengan paling muka maka ini merupakan reaksi negatif. Perlu ada contoh aplikasi dalam bidang kesehatan.

#### 4. Teori *Health Belief Model* (HBM)

##### a. Definisi *Health Belief Model* (Model Kepercayaan Kesehatan)

Teori "*Health Belief Model*" dikembangkan oleh Becker pada tahun 1984. Menjelaskan adanya pengetahuan seseorang terhadap ancaman kesehatan dan pemahaman terhadap perilaku yang disarankan untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan didasarkan pada penilaian fisibilitas dan keuntungan dibandingkan dengan biaya. Dalam *Health Belief Model* persepsi individu sangat berpengaruh dalam menentukan seseorang untuk melakukan upaya tindakan preventif atau pencegahan penyakit. Hal ini menjadikan HBM sebagai model yang menjelaskan pertimbangan seseorang sebelum mereka berperilaku sehat. Oleh karena itu, HBM memiliki fungsi sebagai model pencegahan atau preventif (Subaris, 2016).

HBM ini merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif itu dipengaruhi oleh beberapa faktor variabel demografi, karakteristik sosio psikologis, dan variabel struktural. Variabel demografi meliputi kelas, usia, jenis kelamin. Karakteristik tekanan kelompok. Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah (Subaris, 2016).

##### b. Komponen Dasar *Health Belief Model*

*Health Belief Model* memiliki enam komponen yaitu :

1) *Perceived Susceptibility*

*Perceived Susceptibility* adalah kepercayaan seseorang dengan menganggap menderita penyakit adalah hasil melakukan perilaku tertentu. *Perceived Susceptibility* juga diartikan sebagai *Perceived Vulnerability* yang berarti kerentanan yang dirasakan yang merujuk pada kemungkinan seseorang dapat terkena suatu penyakit. *Perceived Susceptibility* ini memiliki hubungan positif dengan perilaku sehat, Jika persepsi kerentanan terhadap penyakit tinggi maka perilaku sehat yang dilakukan seseorang juga tinggi. Contohnya seseorang percaya kalau semua orang berpotensi terkena kanker.

2) *Perceived Severity*

*Perceived Severity* adalah kepercayaan subyektif individu dalam menyebarnya penyakit disebabkan oleh perilaku atau percaya seberapa berbahayanya penyakit sehingga menghindari perilaku tidak sehat agar tidak sakit. Hal ini berarti *Perceived Severity* berprinsip pada persepsi keparahan yang akan diterima individu. *Perceived Severity* juga memiliki hubungan yang positif dengan perilaku sehat. Jika persepsi keparahan individu tinggi maka ia akan berperilaku sehat. Contohnya individu percaya kalau merokok dapat menyebabkan kanker.

3) *Perceived Benefits*

*Perceived Benefits* adalah kepercayaan terhadap keuntungan dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko penyakit. *Perceived Benefits* secara ringkas berarti persepsi keuntungan yang memiliki hubungan positif dengan perilaku penyakit akan terus melakukan perilaku sehat seperti *medical*

*check up* rutin. Contoh lain adalah kalau tidak merokok, dia tidak akan terkena kanker.

4) *Perceived Barriers*

*Perceived barriers* adalah kepercayaan mengenai harga dari perilaku yang dilakukan. *Perceived Barriers* secara singkat berarti persepsi hambatan atau persepsi menurunnya kenyamanan saat meninggalkan perilaku tidak sehat. Hubungan *Perceived Barriers* dengan perilaku sehat adalah negatif. Jika persepsi tidak akan dilakukan. Contoh lain SADARI (periksa payudara sendiri) untuk perempuan yang dirasa agak susah dalam menghitung masa subur membuat perempuan enggan SADARI.

5) *Cues to Action*

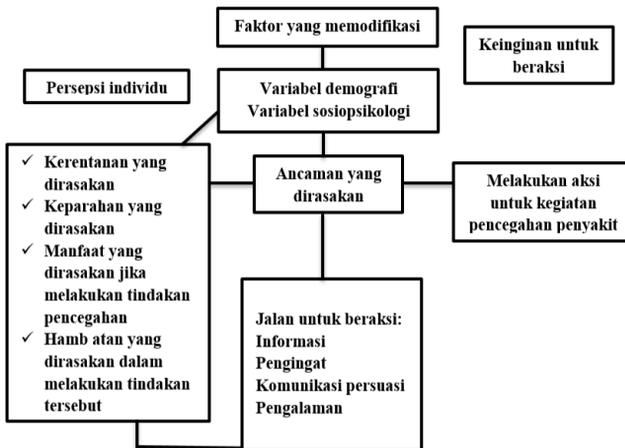
*Cues to Action* adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to Action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu yang melakukan perilaku sehat.

6) *Self Efficacy*

Hal yang berguna dalam memproteksi kesehatan adalah *Self Efficacy*. Hal ini senada dengan pendapat Rotter (1996) dan Wallston mengenai teori *Self-Efficacy* oleh Bandura (2001) yang penting sebagai kontrol dari faktor-faktor perilaku sehat. *Self Efficacy* dalam istilah umum adalah kepercayaan diri seseorang dalam menjalankan tugas tertentu. *Self Efficacy* dibagi menjadi dua yaitu *Outcome Expectancy* seperti menerima respon yang baik dan *Outcome Value* seperti menerima nilai sosial. (Subaris, 2016).

Menurut teori ini, perubahan perilaku pada individu merupakan hasil evaluasi dari beberapa

konstruksi, yaitu (1) *perceived susceptibility*, dimana individu merasa rentan terhadap suatu penyakit atau kondisi; (2) *perceived severity*, dimana individu merasakan beratnya suatu penyakit sehingga memotivasi individu merubah perilaku; (3) *perceived benefit*, dimana individu merasakan manfaat dari perubahan perilaku atau; (4) *perceived barrier*, dimana individu merasakan halangan dari perubahan perilaku; sebaliknya (5) *cues to action*, bila individu merasakan manfaat lebih besar dari kerugian maka akan mengubah perilakunya. (Trisnowati, 2018).



Gambar 10.5 Model kepercayaan kesehatan (*health belief model*)

### 5. Social Cognitive Theory (Teori Sosial Kognitif)

Menurut Bandura (dalam Woolfolk, 2009) teori sosial kognitif adalah sebuah teori yang memberikan pemahaman, prediksi, dan perubahan perilaku manusia melalui interaksi antara manusia, perilaku, dan lingkungan. Teori ini didasarkan atas proposisi bahwa baik proses sosial maupun proses kognitif adalah sentral bagi pemahaman mengenai motivasi, emosi, dan tindakan manusia. Santrock, (2010) menyatakan bahwa ketika seseorang belajar, mereka dapat merepresentasikan atau mentransformasikan pengalaman mereka secara kognitif. Teori sosial

kognitif digunakan untuk mengenal, memprediksi perilaku dan mengidentifikasi metode-metode yang tepat untuk mengubah perilaku tersebut. Teori ini menjelaskan bahwa dalam belajar, pengetahuan (*knowledge*), pengalaman pribadi (*personal experience*), dan karakteristik individu (*personal characteristic*) saling berinteraksi.

Menurut Ormrod (2006), dalam teori sosial kognitif terdapat lima asumsi dasar antara lain; seseorang dapat belajar dengan mengamati orang lain, belajar merupakan proses internal yang memiliki kemungkinan mempengaruhi perilaku, perilaku dilakukan untuk mencapai tujuan, perilaku akan secepatnya diterima oleh diri dan dapat menjadi suatu kebiasaan, dan asumsi terakhir dari teori sosial kognitif adalah *reinforcement* dan *punishment* memiliki efek secara tidak langsung pada belajar dan perilaku.

Dalam model pembelajaran Bandura, faktor person (kognitif) memainkan peranan penting. Faktor person (kognitif) yang dimaksud saat ini adalah self efficacy atau efikasi diri. Menurut Bandura (1994), individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan sangat mudah dalam menghadapi tantangan. Individu tidak merasa ragu karena ia memiliki kepercayaan yang penuh dengan kemampuan dirinya. Individu ini menurut Bandura (1994) akan cepat menghadapi masalah dan mampu bangkit dari kegagalan yang ia alami. Menurut Bandura, proses mengamati dan meniru perilaku dan sikap orang lain sebagai model merupakan tindakan belajar. Teori Bandura menjelaskan perilaku manusia dalam konteks interaksi timbal balik yang berkesinambungan antara kognitif, perilaku dan pengaruh lingkungan. Kondisi lingkungan sekitar individu sangat berpengaruh pada pola belajar sosial.

Menurut Bandura, dari semua pemikiran yang memengaruhi fungsi manusia, dan merupakan bagian paling inti dari teori kognitif sosial adalah efikasi diri (*self efficacy*). Efikasi diri adalah penilaian diri terhadap

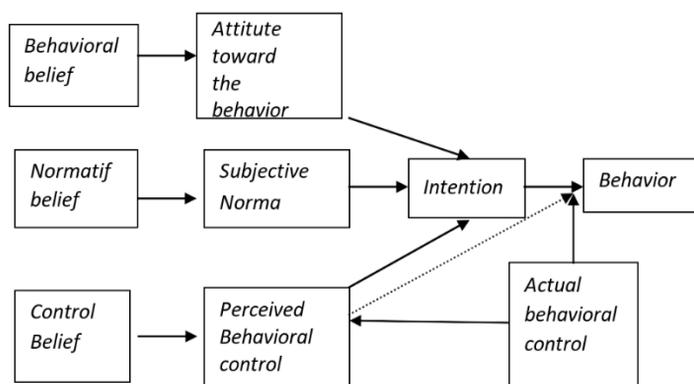
kemampuan diri untuk mengatur dan melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang ditetapkan. Efikasi diri memberikan dasar bagi motivasi manusia, kesejahteraan, dan prestasi pribadi. Hal ini terjadi karena mereka percaya bahwa tindakan yang dilakukan dapat mencapai hasil yang diinginkan, meskipun memiliki sedikit insentif untuk bertindak atau untuk bertahan dalam menghadapi kesulitan.

## **6. Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior* / TPB)**

Theory of Planned Behavior (TPB) merupakan pengembangan dari Teori Tindakan Beralasan (Theory of Reasoned Action/TRA) oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein. Mulai tahun 1980 teori tersebut digunakan untuk mempelajari perilaku manusia dan untuk mengembangkan intervensi yang lebih mengena.

TRA menegaskan bahwa penentu paling penting dari perilaku individu adalah niat. Penentu langsung dari niat perilaku individu adalah sikap mereka (attitude) dan norma subjektif (subjective norm) mereka yang terkait dengan perilaku. Sikap individu terhadap perilaku meliputi kepercayaan mengenai suatu perilaku (behavior belief), evaluasi terhadap hasil perilaku (evaluations of behavioral outcomes), norma subjektif (subjective norm), kepercayaan normatif (normatif belief) dan motivasi untuk patuh (motivation to comply). TRA diperluas oleh Ajzen (1988) dengan menambah faktor kontrol perilaku yang dihayati (perceived behavioral control). Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seberapa sulit atau mudahnya melakukan perilaku tersebut. Dimaksudkan untuk mengatasi masalah kontrol yang belum lengkap pada teori TRA. Inti dari teori TPB tetap pada faktor niat (intention), dengan determinan terdiri atas tiga faktor, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dihayati yang akan menentukan apakah perilaku yang bersangkutan dilakukan atau tidak.

Sikap pengguna untuk tidak menggunakan lagi narkoba ditentukan oleh keyakinan individu tentang hasil atau atribut menampilkan perilaku (keyakinan perilaku) evaluasi dihitung dari hasil atau atribut. Penelitian yang dilakukan oleh BNN di Indonesia terhadap siswa/mahasiswa, bahwa niat untuk tidak menggunakan narkoba secara bermakna dikaitkan dengan sikap positif dan dukungan dari orangtua, keluarga dan teman dekat, pengalaman saat tidak menggunakan narkoba sebelumnya dan adanya faktor dukungan mitra (Hawari, 2004) sesuai gambar berikut ini:



Gambar 10.6 Kerangka Konsep *Theory Planned Behavior* (TPB)

TPB 10 berhasil ketika diaplikasikan pada perilaku yang dibawah kendali individu sendiri. Jika perilaku tersebut tidak sepenuhnya dibawah kendali atau kemauan individu, meskipun ia sangat termotivasi oleh sikap dan norma subjektifnya, mungkin ia tidak akan secara nyata menampilkan perilaku tersebut. Ajzen (2005) mengemukakan bahwa sikap terhadap perilaku ini ditentukan oleh keyakinan yang diperoleh mengenai sesuatu yang disebut juga *behavior belief*. *Belief* berkaitan dengan berbagai penilaian subjektif seseorang terhadap dunia sekitarnya, pemahaman mengenai diri dan juga lingkungannya. Seorang individu akan berniat menampilkan suatu perilaku tertentu ketika ia

menilainya secara positif.

a. Niat (*Intention*)

Ada beberapa definisi niat (*intention*). Menurut Fisbein dan Ajzen (1975), "*Intention as a person location on a subjective probability dimension involving arelation between himself and some action behavioral intention, therefore, refers to a person's subjective probability that he will perform some behavior.*" Niat sebagai dimensi subjektif seseorang yang melibatkan hubungan antara dirinya dan beberapa niat tindakan perilaku, mengacu pada probabilitas subjektif seseorang bahwa ia akan melakukan beberapa perilaku.

Menurut Ajzen (2002), intensi sebagai disposisi tingkah laku, hingga terdapat waktu dan kesempatan yang tepat akan diwujudkan dalam bentuk tindakan. Individu akan melakukan sesuatu tingkah laku jika ada niat untuk melakukan. Untuk itu, individu membentuk intensi. Menurut Ajzen (2002), walaupun banyak ahli yang sudah membuktikan hubungan yang kuat antara intensi dan tingkah laku, namun pada beberapa hasil studi ditemukan hubungan yang lemah di antara keduanya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemauan intensi dalam memprediksi tingkah laku. Di antaranya adalah spesifik dan tidak spesifiknya intensi, jarak waktu antar pengukuran intensi dengan tingkah laku, dan kemampuan untuk melakukan apa yang sudah dikatakan.

Sebagai contoh, niat siswa atau mahasiswa untuk tidak menggunakan narkoba setelah sembuh, melaksanakan pola hidup sehat, dan menata masa depan yang lebih baik, yang merupakan harapan orangtua, semua keluarga dan masyarakat (Abimayu dan Thayeb, 2004).

Pengukuran niat digolongkan pada pengukuran belief terdiri dari dua hal, yaitu isi (*content*) dan kekuatannya (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan dikaji. Mayoritas pengguna mengetahui kerugian yang sangat mendasar jika

mengonsumsi Narkotika seperti, menggigil, berkeringat, muntah, tidak mampu untuk berpikir, melihat dan menyelaraskan fungsi tubuh, kehilangan sensitivitas akal sehat dan kesadaran, merusak organ tubuh dan kehilangan masa depan. Karena itu diperlukan peningkatan pemahaman dan kesadaran terhadap norma subjektif pada masyarakat (Partodiharjo, 2006).

b. Sikap (*attitude*)

Definisi sikap menurut Ajzen (2002) adalah disposisi untuk merespon secara favorable atau unfavorable terhadap benda, orang, institusi atau kejadian. Berdasar Theory of Reasoned Action (TRA), sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku yang dilandasi oleh belief seseorang terhadap konsekuensi (outcome) akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan dan kekuatan terhadap belief tersebut. Sikap untuk tidak mengonsumsi narkotika itu baik untuk dirinya, kesehatan dan masa depannya. Saya berpikir bahwa saya akan berhenti menggunakan narkotika. Jika sebaliknya, sikap mengonsumsi narkotika adalah memberikan keberanian, kekuatan dan bisa melupakan masalah dan mengindikasikan untuk memilih mengonsumsi Narkotika.

c. Norma subjektif (*subjective norm*)

Definisi norma subjektif menurut Fisbein dan Ajzen (1975) adalah :*“The person’s perception that most people who are important to him think he should or should not perform the behavior in question.”* Dalam hal ini menyediakan petunjuk tentang yang seharusnya pantas atau tepat dilakukan sesuai norma yang dianut oleh masyarakat. Norma subjektif mengacu pada persepsi keseluruhan responden tentang yang orang pikir penting untuk mereka. Bagi orangtua dan keluarga pengguna narkotika jelas menimbulkan beban mental, emosional, dan sosial yang sangat besar.

Menimbulkan beban biaya yang sangat tinggi yang dapat membuat bangkrutnya keluarga, serta menimbulkan beban penderitaan berkepanjangan dan

hancurnya harapan tentang masa depan anak.

d. Keyakinan Kontrol Perilaku (*Perceived Behavioral Control/PBC*).

PBC adalah ukuran sejauh mana individu percaya tentang mudah atau sulitnya menampilkan tingkah laku tertentu (Alwisol, 2005). Kontrol perilaku yang dirasakan adalah keyakinan seseorang untuk kemudahan dan kemungkinan keberhasilan dalam melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 2006). Jika pengguna narkoba percaya bahwa mengonsumsi narkoba bisa memberikan keberanian, kekuatan dan bisa melupakan masalah, mereka biasanya tidak akan memilih untuk berhenti menggunakan narkoba.

Namun, jika mereka percaya bahwa konsumsi narkoba bisa mengakibatkan: (a) gangguan kesehatan jasmani dan rohani, merusak fungsi organ vital tubuh (otak, jantung, ginjal, hati, dan paru-paru, sampai kepada kematian), (b) menimbulkan biaya yang sangat besar baik untuk membeli narkoba maupun untuk biaya perawatan yang sangat mahal, sehingga dapat membuat keluarga orangtua bangkrut dan menderita, (c) membunuh semangat belajar pengguna narkoba karena kehilangan akal sehat.

Teori Planned Behavior menciptakan sebuah kerangka kerja untuk memahami hubungan antara niat seseorang untuk berhenti menggunakan narkoba dengan tindakan tidak mengonsumsi narkoba lagi, serta faktor yang mempengaruhi keputusannya tersebut. Faktor yang mempengaruhi

keputusan pengguna untuk berhenti menggunakan narkoba yang akan diperiksa dalam penelitian ini untuk mengungkapkan faktor yang sangat berperan dalam memprediksi tingkah laku yang mempengaruhi keputusan berhenti menggunakan narkoba. Menurut Kotan (2007), dengan pendekatan teori TPB pada pengguna narkoba dengan penghasilan rendah terdapat hubungan antara pengetahuan, niat, pengaruh teman, dan hambatan yang dirasakan saat berhenti

menggunakan narkotika. Menurut Pettis (2010), dengan pendekatan TPB didapatkan perilaku berhenti menggunakan narkotika memerlukan latihan dan waktu untuk belajar sehingga terjadi proses perubahan, pengguna yakin dan mau mengaplikasikan.

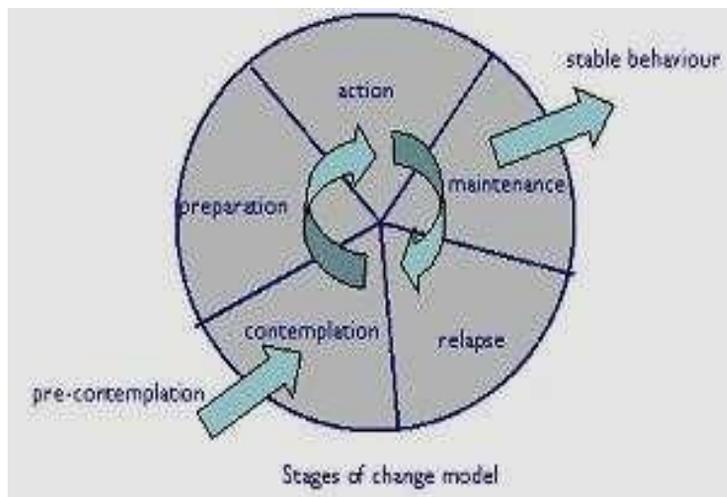
## 7. Model Tahapan Perubahan (*The Transtheoretical Model* /TTM)

*The Transtheoretical Model* (TTM) yang juga dikenal sebagai *The Stages of Change Model* dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente (1982); Green, Rossi, Reed, Willey dan Prochaska, (1994). TTM memiliki nilai dalam memfasilitasi dan mengakselerasi perubahan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, baik untuk perilaku adiktif maupun perilaku non-adiktif (Prochaska *et al*, 1994). Inti dari model ini adalah bahwa individu terlibat dalam berbagai perilaku yang baru, mereka berpindah melalui suatu rangkaian perubahan yang terdiri dari lima tahap, yaitu:

- a. *Pre-contemplation*/pra-kontemplasi: Ketiadaan tujuan mengubah perilaku tertentu di masa yang akan datang yang tidak dapat diprediksikan.
- b. *Contemplation*/kontemplasi: Ditandai oleh sebuah kesadaran mengenai sebuah masalah perilaku dan serangkaian pertimbangan untuk mengubah perilaku itu, tetapi tidak pada jangka waktu yang dekat.
- c. *Preparation*/persiapan: Individu terlibat dalam mempersiapkan perilaku dan berbagai rencana untuk mengubah perilaku pada bulan yang akan datang.
- d. *Action*/tindakan: Berbagai upaya nyata saat ini yang dibuat untuk mengubah perilaku.
- e. *Maintenance*/pengelolaan : Upaya yang berkelanjutan untuk menstabilkan perubahan perilaku setidaknya untuk enam bulan.

Model ini memahami beberapa relevansi kesiapan pengguna narkotika untuk mempertimbangkan antara berhenti menggunakan dan cara terbaik untuk

mendukung mereka. Namun, tidak sepenuhnya mengatasi alasan mengapa orang melakukan perilaku seperti berhenti menggunakan narkoba, atau mengapa beberapa orang berpikir menggunakan narkoba, gagasan untuk kembali tidak menggunakan narkoba. Seorang pengguna narkoba bisa berhenti menggunakan narkoba jika ia sudah mendapatkan pengalaman dan merasakan sesuatu hal yang berbeda di saat menggunakan narkoba. Ia mempelajari bahaya narkoba tersebut jika masuk ke dalam tubuh manusia, dan dapat mempraktikkan yang telah mereka pelajari dari upaya sebelumnya yang tergambar pada model berikut:



Gambar 10.7 Tahapan Perubahan  
(*Stages and Processes of Change*)

### Tahapan Perubahan

Tahap membangun adalah penting, karena itu merupakan dimensi masalah. Perubahan perilaku sering telah ditafsirkan sebagai peristiwa beragam, seperti berhenti merokok, minum, atau makan berlebihan. TTM menunjukkan bahwa praktisi kesehatan pada waktu mengadakan intervensi berdasar tahap perubahan individu (Prochaska, 1995).

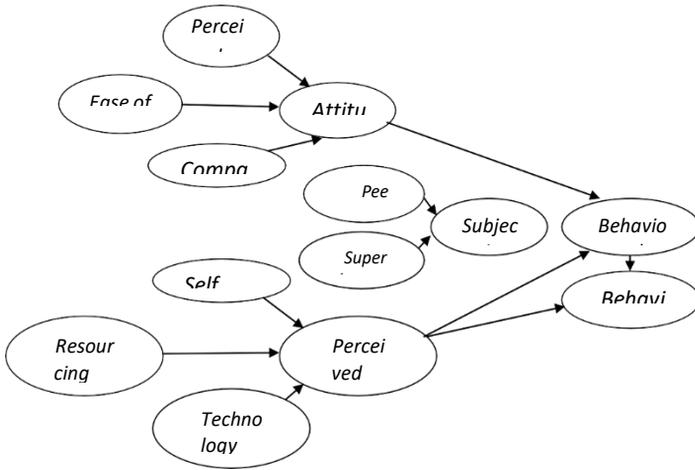
Proses perubahan memberikan panduan penting bagi program intervensi, sebagai proses seperti variabel independen bahwa orang perlu menerapkan untuk berpindah dari tahap ke tahap. Sepuluh proses telah menerima dukungan empiris dalam penelitian (lima proses pertama digunakan dalam tahap awal dan diklasifikasikan sebagai pengalaman, sedangkan lima terakhir diklasifikasikan sebagai proses perilaku dan digunakan pada tahap kemudian):

- a. *Consciousness raising*. Peningkatan kesadaran melibatkan peningkatan pengetahuan tentang penyebab, konsekuensi, dan pengobatan untuk masalah perilaku tertentu. Kesadaran dapat ditingkatkan melalui umpan balik, pendidikan, konfrontasi, interpretasi, dan kampanye media.
- b. *Dramatic relief*. Kepercayaan yang dramatik awalnya menghasilkan peningkatan pengalaman emosional, diikuti oleh efek pengurangan atau bantuan diantisipasi jika tindakan yang tepat diambil. Proses ketika individu perlu mengalami dan mengekspresikan perasaan dan emosi yang berkaitan dengan masalah perilaku. Patten *etal.* (2000) menunjukkan bahwa peristiwa kehidupan seperti kematian anggota keluarga atau teman dekat dapat memindahkan seseorang ke *pre-contemplation* emosional.
- c. *Self-reevaluation*. Mengevaluasi diri, menggabungkan penilaian kognitif dan afektif dari citra diri seseorang tanpa perilaku tidak sehat.
- d. *Environmental reevaluation*. Evaluasi ulang lingkungan memadukan penilaian afektif dan kognitif tentang ada atau tidak adanya perilaku pribadi yang mempengaruhi lingkungan sosial seseorang. Memungkinkan individu untuk merenungkan konsekuensi dari sikapnya pada orang lain. Hal ini dapat mencakup peninjauan kembali persepsi norma sosial dan pendapat penting dari orang kepadanya. Ini mencakup

kesadaran bahwa seseorang dapat berfungsi sebagai panutan positif atau negatif bagi orang lain.

- e. *Self-liberation*. Pembebasan sendiri adalah kepercayaan bahwa seseorang dapat mengubah dan kembali berkomitmen untuk bertindak berdasarkan keyakinan itu. Kesaksian publik dapat meningkatkan keinginan ini.
- f. *Social liberation*. Pembebasan sosial membutuhkan peningkatan kesempatan sosial atau alternatif, terutama untuk orang yang relatif tertindas.
- g. *Counter conditioning*. Kondisi kontra membutuhkan belajar perilaku sehat yang dapat menggantikan untuk masalah perilaku.
- h. *Stimulus control*. Kontrol stimulus menghilangkan isyarat untuk kebiasaan yang tidak sehat dan menambah meminta sehat alternatif.
- i. *Contingency management*. Manajemen kontingensi menyediakan konsekuensi untuk mengambil langkah-langkah dalam arah tertentu.
- j. *Helping relationships*. Menjaga hubungan, kepercayaan, keterbukaan, dan penerimaan, serta dukungan untuk perubahan perilaku sehat. Membangun hubungan, aliansi terapi, konselor panggilan, dan sistem pertemanan dapat menjadi sumber dukungan sosial.

Aplikasi model TTM pada pengguna dapat membantu memberikan strategi praktis untuk disain kampanye promosi kesehatan (Maibach dan Cotton, 1995). Pengkajian TTM pengguna narkotika efektif untuk meningkatkan pengetahuan, karena diketahui tahap perubahannya, sehingga intervensi selanjutnya sesuai untuk kebutuhan pengguna.



Gambar 10.8 *Decomposed Theory of Planned Behaviour*

*Decomposed of Theory Planned Behavior (DTPB)* merupakan pengembangan lebih lanjut terkait dengan teori *Theory of planned behavior (TPB)*, dimana memberikan faktor-faktor penjelas terkait dengan sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku persepsian. *Theory of planned behavior (TPB)* merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA karena kelemahan yang dimiliki oleh TRA. Keterbatasan utama yang dimiliki oleh TRA adalah hanya dimaksudkan untuk menjelaskan perilaku yang akan dikerjakan secara sukarela bukan perilaku yang diwajibkan, sehingga akan didapatkan hasil yang kurang mengena apabila digunakan untuk memprediksi perilaku yang spontan, kebiasaan, yang diinginkan, sulit diatur atau kurang bersemangat (Jogiyanto, 2007).

### C. Rangkuman

Terdapat empat faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik.

Menurut Green, perilaku seseorang atau masyarakat dalam kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap,

kepercayaan, tradisi, disamping itu, ketersediaan fasilitas, siap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Menurut Skinner, perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus-organisme-Respon.

#### **D. Evaluasi**

1. Jelaskanlah teori H.L Blum dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
2. Jelaskanlah teori Preceed Proceed dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
3. Jelaskanlah teori S-O-R dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
4. Sebutkan indicator teori HBM!
5. Jelaskan kelebihan dan kelemahan teori TPB dan TRA!

#### **E. Daftar Pustaka**

- Ajzen, I. 1971. Sikap Normatif Pesan: Sebuah Penelitian Efek Diferensial Komunikasi Persuasif terhadap Perilaku. *Sosiometri*, Vol 34, h. 263-280.
- Azwar, S. 2007. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Edisi 2 Cetakan ke 7, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandura A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* Vol 84(2), h. 191-215.
- Bandura, A. 1986. *Social Foundation of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- H.L. Blum, *Expanding Health Care Horizons: From a General Systems Concept of Health to a National Health Policy*, California, Third Party Publishing Company. 2nd Edition, 1983, 19-67.
- Green Lawrence W and Kreuter Marshal W. 1991. *Health Promotion Planning. An Education and*

- Environmenta Environmental and Ed.  
MayfieldPubMayfiel company. USA
- Glanz et. Al., 2008. Heal the havior Health Education.  
Theory, Research and, Practice. The United State of  
America. JonhJohne & Sons.
- Sobur, Alex. 2003. Psikologi umum. Pustaka Setia, Bandung.
- Sunarwinadi, Ilya. 1993. Komunikasi Antar  
Budaya. UI Pers, Jakarta
- Effendy, Onong Uchjana. 2003. Ilmu Teori dan Filsafat  
Komunikasi. PT. Citra Aditya Bakti, Bandung

# **BAB XI**

## **PERUBAHAN SOSIAL BUDAYA DAN KESEHATAN**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

1. Mahasiswa mampu mengetahui gambaran perubahan sosial dan budaya dalam masyarakat berkaitan dengan kesehatan.
2. *Entry behavior*  
Mahasiswa memahami kebudayaan dan mampu menganalisis kebudayaan tersebut kaitannya dengan sistem kesehatan yang berlaku di Indonesia, untuk memperbaiki status dan derajat kesehatan.

### **B. Materi**

#### **1. Sosiologi Kesehatan**

Pendekatan masalah kesehatan harus dilakukan dari berbagai sisi, salah satunya adalah dari ranah sosiologi kesehatan. Sosiologi mempelajari hubungan dan pengaruh timbal balik antara individu dengan kelompok (mulai dari keluarga sampai dengan kelompok masyarakat yang kompleks), struktur sosial, serta proses-proses sosial, termasuk di dalamnya mengenai perubahan sosial. (Sarwono, 1993)

Sosiologi merupakan ilmu pengetahuan yang secara sistematis mempelajari kelakuan dan perilaku sosial manusia, yaitu yang berkenaan dengan pola-pola dan proses-proses interaksi di antara individu dan kelompok sosial, sehingga pada pengaruh kelompok sosial terhadap perilaku individu. Dalam sosiologi kesehatan membahas mengenai perilaku individu. Dalam sosiologi kesehatan membahas mengenai perilaku kesehatan, pengaruh nama sosial terhadap perilaku kesehatan, interaksi pihak-pihak yang terlibat di dalamnya, serta sistem sosial. Sistem sosial merupakan sumber dari integrasi.

## 2. Unsur-unsur kebudayaan

Unsur kebudayaan yang ada dalam masyarakat manusia berfungsi untuk memuaskan hasrat naluri kebutuhan hidup manusia (*basic human needs*). Unsur-unsur kebudayaan terdiri dari agama, bahasa (bahasa daerah), kesenian, teknologi dan arsitek tradisional, organisasi sosial ada, dan pengetahuan meliputi obat-obat tradisional. Untuk mewujudkan suatu kebudayaan nasional yang aktif-kreatif dinamis, unsur-unsur tersebut harus diimbangi dengan unsur-unsur modern. Masuknya budaya asing ke Indonesia sebaiknya disikapi dengan bijak. Karena bagaimana kebudayaan asing memberi pengaruh positif diantaranya adalah mampu mengidentifikasi nilai universal untuk memberikan bobot tertentu pada proses pengembangan kebudayaan tradisional, mendorong dan memberikan pola sistem pendidikan, memperluas wawasan berpikir untuk pengembangan hubungan antara bangsa, serta mampu mendorong sikap mandiri yang berakar pada kebudayaan lokal. Sehingga perlu dilakukan asimilasi dan akulturasi kebudayaan agar tidak menghilangkan kebudayaan aslinya, namun tetap dapat mengikuti tuntutan perkembangan arus global. (Waran, 2007)

## 3. Penggeseran Masyarakat dan Kebudayaan

Pada proses belajar kebudayaan ada tiga hal penting yang perlu dipahami, yaitu internalisasi, sosialisasi, dan enkulturasi. Selain itu ada juga evolusi kebudayaan, dimana perubahan kompleks diawali dari adanya perubahan-perubahan kebudayaan yang simpel dan sederhana. Jika evolusi masyarakat dan kebudayaan pandang dari jauh dengan interval waktu yang panjang, maka akan nampak perubahan-perubahan besar. Kemudian terjadi penyebaran kebudayaan secara geografi, yaitu perpindahan bangsa-bangsa di muka bumi atau disebut difusi. Difusi terjadi akibat migrasi kelompok manusia di muka bumi, termasuk penyebaran sejarah dan unsur-unsur kebudayaan ke seluruh penjuru dunia. Salah satu bentuk difusi adalah penyebaran unsur-

unsur kebudayaan dari satu tempat ke tempat lain yang dibawa oleh kelompok manusia yang berpindah tempat. Di sisi lain-lain terjadi proses belajar unsur kebudayaan asing oleh masyarakat yaitu proses akulturasi dan asimilasi untuk mencegah hilangnya kepribadian asli kebudayaan lokal karena masuk budaya asing. Pada akhirnya terjadi proses *invention* dan inovasi terhadap penemuan sumber daya manusia, sehingga teknologi untuk menciptakan sistem produk-produk baru. (fathoni,2006)

#### 4. **Kebudayaan di Indonesia**

Indonesia adalah salah satu negara dengan kebudayaan yang sangat beragam. Baik dari bahasa, agama, adat istiadat, budaya, suku, dan lain-lain. Data dari BPS bekerja sama dengan *institute of Southeast Asian Studies* (SEAS) pada tahun 2013 menghasilkan klasifikasi baru yang dapat digunakan untuk menganalisis data suku berdasarkan sensus penduduk untuk menganalisis data suku berdasarkan sensus penduduk (SP) tahun 2010. Diketahui terdapat 633 kelompok suku besar dari kode suku yang tersedia dalam SP2010. Pengelompokan suku dikelompokkan berdasarkan literatur seperti buku ensiklopedia suku maupun pengetahuan para ahli dan jejaring yang tersebar diseluruh Indonesia. Dalam studi lanjutan terhadap keanekaragaman data suku SP2010, yang diukur dengan *Ethnic Fractionalize Index* (EFI) dan *Ethnic polarized index* (EPOI) diketahui bahwa Indonesia sangat heterogen/majemuk. (BPS, 2017)

Berikut adalah jenis-jenis suku yang ada di Indonesia: 1.Nanggroe Aceh Darussalam: Aceh, Alas, Gayo, Kluet, Semeluk, Singkil, Tamiang, Ulu. 2.Sumatera Utara: Karo, Nias, Simalungun, Mandailing, Dairi, Toba, Melayu, Pakpak, Maya-maya.3. sumatra Barat, Minangkabau, Mentawai, Melayu, Guci, Jambak. 4.riau : Melayu, Siak, Rokan, Kampar, kuantum Akit, Talang Manuk, Bonai, Sakai, Anak Dalam, Hutan, aut.

5. Kepulauan Riau: Melayu, laut. 6. Bangka Belitung : Melayu.

Jambi : Batin, Kerinci, Penghulu, Pewdah, Melayu, Kubu, Bajau. 8. Sumatra Selatan: Palembang, Melayu, gan, Pasemah, Komeriing, Ranau Kisam, Kubu, Rawas, Rejang, Lebong, Anggano, Sekah, Serawai, Pekal, Kaur, Lembak. 10. Lampung: Lampung, Semendo, Melayu, Pasemah, Rawas, Pubian, Sungkai, Sepucih. 11. DKI Jakarta: Betawi. 12. Banten : Banten. 13. Jawa Barat : Sunda, Badaui. 14. Jawa Tengah: Jawa Karimun, Samin, Kangean. 15. D.I Yogyakarta: Jawa. 16. Jawa timur: Jawa, Madura, Tengger, sing. 17. Bali: Bali, Jawa, Madura. 18. NTB: Bali, Sasak, Bima, Sumbawa, Mbojo, Dompu, Tarlawi, ombok. 19. NTT: Alor, Selor, Rote, Sawu, Sumba, Flores, Belu, Bima. 20. Kalimantan Barat: Melayu, Dayak (Iban, Embalu, Punan, Kayan, Kantuk, Embaloh, Bugar, Bukat) Manyuke. 21. Kalimantan Tengah: Melayu, dayak (Medang, Basap, Tunjung, Bahau, Kenyah, Penehing, Benuaq), Banjar, Kutai, Ngaju, Lamangan, Maayan, Murut, Kapuas. 22. Kalimantan Timur: Melayu, dayak (Bukupai, Lawangan, Dusun, Ngaju, Maayan). 23. Kalimantan Selatan: Melayu, Banjar, Dayak, Aba. 24. Sulawesi Selatan: Bugis, Makasar, Toraja, Mandar. 25. Sulawesi tenggara: Muna, Buton, Totaja, Tolaki, Kabaena, Moronehe, Kulisusu, Wolio. 26. Sulawesi Tengah: Kalili, Tomini, Toli-toli, Buol, Kulawi, Balantak, Banggai, ore. 27. Sulawesi Utara: Bolaang-Mongondow, Minahasa, Sangir, Talaud, Siau, Bantik. 28. Gorontalo: Gorontalo. 29. Maluku Utara: Ternate, Morotai, Sula, Taliabu, Bacan, Galela. 31. Papua Barat: Waigeo, Misool, Salawati, Bintuni, Bacanca. 32. Papua Tengah: Yapen, Biak Mamika, Numfoor. 33. Papua Timur: Sentani, Asmat, Dani, Senggi.

Selain memiliki beragam budaya dalam agama dan suku/etnis, Bangsa Indonesia juga memiliki keanekaragaman Bahasa. Seiring 29 dengan keberagaman suku/etnis, maka bahasa yang berkembang

saat ini pun banyak, terdapat sekitar 250 bahasa yang ada di Indonesia.

Apabila dari beragam bahasa komunikasi yang digunakan dalam sehari-hari, maka mayoritas desa di Indonesia, yaitu sebanyak 67,1 persen desa warganya menggunakan beberapa Bahasa. Menurut hasil sensus penduduk 2010, pengguna bahasa Indonesia sebagai bahasa komunitas sehari-hari hanya dilakukan oleh mayoritas penduduk 5 provinsi yaitu: DKI Jakarta (90,7 persen), Papua Barat (69,7 persen), 67,0% (55118) 32.94% (27072) Beberapa bahasa satu bahasa 30 kepulauan riau (58,7 persen), Sumatera Utara (55,6 persen), dan Kalimantan timur (53,5 persen). Sementara itu, penduduk di 28 provinsi lainnya mayoritas menggunakan bahasa daerah sebagai bahasa sehari-hari.

Apabila dilihat secara terpisah, penggunaan bahasa di rumah maupun dalam pergaulan di rumah (tempat bekerja/sekolah/lingkungan), maka terlihat bahwa secara umum, mayoritas penduduk menggunakan bahasa daerah. Analisis tersebut didasarkan pada data SUSENAS MSBP tahun 2015.

Warisan budaya lainnya adalah adanya upacara adat. Dalam setahun terakhir, mayoritas rumah tangga pernah menyelenggarakan upacara adat keagamaan (mauludan, tabuik, sekaten, melasti, dan lain-lain.). apabila dilihat menurut data pada setiap provinsi, Jawa Timur, seperti halnya di Jawa Tengah, memiliki ikatan yang berdasarkan persahabatan, dan teritorial. berbagai upacara adat yang diselenggarakan antara lain: tingkepan (upacara kehamilan tujuh bulan bagi anak pertama, babaran (upacara menjelang lahirnya bayi), sesasaran (upacara setelah bayi berusia tujuh bulan), sunatan, pacangan. (Dokhi, 2012)

## **5. Contoh Kebudayaan di Indonesia Kaitannya dengan Kesehatan**

### **a. Etnik Manggarai desa Wae Codi**

Desa Wae Codi adalah satu desa di kabupaten Manggarai Provinsi Nusa Tenggara Barat. Hasil

Identifikasi indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa kabupaten manggarai merupakan salah satu kabupaten dengan nilai terendah. Desa Wae Codi adalah salah satu desa yang memiliki Angka kematian Ibu (AKI) dan angka kematian Bayi (AKB) tinggi dibandingkan desa-desa lainnya di kabupaten manggarai.

Kepercayaan dan adat istiadat setempat masih dipegang teguh oleh masyarakat Wae Codi. Seperti diantaranya tradisi prosesi pemakaman jenazah, hubungan dengan makhluk halus, kepercayaan terhadap kekuatan supranatural, pantangan makan binatang (misalnya kepercayaan ceki yaitu benda, baik binatang maupun tumbuhan, yang pantang untuk dimakan, disakiti, ataupun dibasmi). Bagi masyarakat yang melanggar ketentuan yang berlaku, maka akan timbul penyakit kulit atau salah satu keturunannya (anak, cucu) tidak akan lahir normal.

Sebagaimana kepercayaan yang berlaku bagi ibu hamil. Bagi perempuan yang sedang hamil tidak boleh melakukan hal-hal berikut: mandi pada malam hari, membunuh binatang, menenun, menganyam tikar, duduk di depan pintu, pergi ke Sungai atau sumber air pada malam hari. Jika pantangan tersebut dilakukan maka proses kelahiran akan bermasalah atau bayi yang dilahirkan tidak sempurna atau cacat. Jika ibu hamil terpaksa harus keluar rumah, maka harus membawa pisau, sisir yang dipakai dirambut, atau bawang putih yang ditusuk pakai paku ditaruh dikantong supaya roh jahat takut dengan benda tersebut. Pada saat proses persalinan masih ada masyarakat yang ditolong oleh dukun beranak. Namun ada juga yang telah mempercayakan proses kelahiran pada bidan. Jika persalinan dibantu dukun, maka keluarga mempersiapkan lampek lima (bilah sebanyak lima yang terbuat dari bambu untuk memotong tali pusar bayi) diletakkan di atap rumah bagian dapur. Pasca kelahiran pun masih kental dengan adat dan tradisi setempat.

Diantaranya adalah menyiapkan tungku pemanas yang diletakkan di dekat ranjang bayi agar bayi agar bayi mudah dapat kehangatan dari bara kayu tungku tersebut. Caranya dilakukan dengan meletakkan tangan ibu di dekatkan dengan bara api, kemudian diusap ditubuh bayi. kegiatan tersebut dapat juga dilakukan oleh keluarga yang lain. Biasanya dilakukan sehari dua kali, atau ketika bayi menangis karena suhu tubuhnya mulai dingin.

Namun demikian, pemerintah telah bekerja sama dengan dukun beranak setempat, yaitu akan memberikan uang jasa Rp 50.000.00 *keypad* dukun jika berhasil membawa ibu hamil untuk melahirkan di sarana kesehatan. Meskipun cara ini belum berhasil sepenuhnya, karena masih ada beberapa dukun beranak yang tidak tergiur dengan tawaran tersebut. Hal tersebut dikarenakan adanya hubungan psikis yang erat antara ibu hamil dengan dukun beranak, dimana ibu merasa nyaman jika ditangani oleh orang yang telah dipercaya dikenal dengan baik. (Raflizar. 2012)

b. Etnik Toraja Sa'dan Malimbong

Desa Sa'dan Malimbong merupakan ibukota kecamatan Sa'dan kabupaten Toraja Utara, Provinsi Sulawesi Selatan. Kabupaten Tana Toraja dipilih sebagai salah satu dari 12 daerah penelitian riset etnografi budaya KIA Tahun 2012. Termasuk sebagai daerah yang berhasil menurunkan AKI dan AKB melalui optimalisasi kearifan lokal. IPKM Riskesdas 2007 terendah di kabupaten Tana Toraja adalah kabupaten Jeneponto dan kabupaten Tana Toraja (sebelum Pemekaran tahun 2008).

Sama halnya di Desa Wae Codi, tradisi Dan adat istiadat di Desa Sa'dan Malimbong masih dipegang teguh oleh masyarakatnya. Seperti diantaranya kepercayaan Aluk Todolo, yaitu sebuah kepercayaan leluhur yang tidak hanya memuat seperangkat ritual kepribadian, melainkan juga mengenai pandangan hidup

yang mengandung konsepsi tentang ruang dan waktu, serta panduan perilaku bagi penganutnya.

Kaitannya dengan kesehatan, orang Toraja meyakini bahwa Ibu hamil, ibu nifas, dan baru melahirkan memiliki bau harum yang dapat mengundang makhluk halus yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan bayi. sehingga ketiganya perlu menggunakan beberapa benda untuk mengusir hal-hal yang dianggap mengganggu seperti kariango, daun jeruk, cuka asam, garam, dan daun sadang.

Pada ibu hamil juga dikenal beberapa pantangan atau hal-hal yang tidak boleh dilakukan, diantaranya memakai sarung dari bawah ke atas, melilitkan handuk di leher pada kehamilan usia 9 bulan, duduk di depan pintu, makan jantung pisang, makan daging anjing, bekerja berat sebelum usia kehamilan 8 bulan, dan tidur siang (jam 08.00-10.00 pagi). Bagi yang melanggar maka akan dipercaya akan menemui kesulitan ketika melahirkan kenyataannya saat ini sudah banyak ibu yang melanggar pantangan, seiring itu pula banyak ibu melahirkan secara Caesar. Sehingga asumsi masyarakat semakin kuat bagi ibu yang melanggar pantangan akan menemukan kesulitan saat melahirkan.

Bagi masyarakat Toraja Sa'dan sudah mengalami standar ganda antara penanganan tradisional dan medis. Semuanya tindakan digunakan untuk saling melengkapi, asalkan ibu dan bayi dapat lahir dengan selamat. Bahkan petugas kesehatan pun melakukan hal tersebut, untuk menangani proses persalinan sendiri. Seringkali dukun beranak justru mendampingi ibu kesulitan untuk melahirkan di dalam ruang persalinan di tempat pelayanan kesehatan. Dukun beranak membaca doa *keypad* sebotol air kemudian di minumkan pada ibu dan diusapkan 3 kali ke perut ibu. Hal tersebut dipercaya dapat membantu memperlancar kelahiran. Beberapa kasus yang pernah terjadi dengan dilakukan hal tersebut ibu bisa melahirkan dengan lancar per vaginal ditolong oleh bidan dan didampingi oleh bidan. Jika peran dan

tanggung jawab pelaku adat dan petugas pelayanan kesehatan bisa berjalan seimbang seperti gambar tersebut di atas, tanpa mengurangi hak dan kewajiban ibu dalam mengakses layanan kesehatan, maka keduanya akan mampu bersinergi mewujudkan kesehatan ibu dan anak yang baik, yang mampu berkontribusi dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia. (lestari, Weny, dkk. 2012)

c. Etnik Madura Provinsi Jawa Timur

Sampang, merupakan salah satu kabupaten di pulau Madura dengan AKI dan AKB yang masih tinggi. Sebanyak 99% penduduk sampang berasal dari etnis Madura dan hampir seluruh masyarakat memeluk agama Islam. Madura memiliki budaya patriarki, dimana peran wanita tidak terlalu dominan. Hal tersebut berdampak pada lemahnya posisi tawar wanita terhadap laki-laki, termasuk diantaranya akses ke pelayanan kesehatan. Seperti diantaranya ruang gerak ibu hamil untuk memeriksakan kesehatan sangat terbatas pada peran dan keputusan suami.

Desa jrangoan merupakan daerah dengan cakupan imunisasi, standar pelayanan minimal, dan cakupan kunjungan ibu hamil K1 dan K4 terendah kabupaten sampang. Disamping itu memiliki persentase status gizi buruk balita terbesar di Kabupaten Sampang. Dukun beranak masih menjadi sosok yang dibutuhkan dimasyarakat. Pada tradisi pengajian 4 bulanan, dukun beranak bertugas memijit perut ibu bayi agar tidak sungsang. Sedangkan petugas kesehatan berperan memberikan vitamin Dan memeriksa kandungan ibu hamil secara medis. Selain 4 bulanan, ada juga upacara selamatan 7 bulanan yang biasa disebut pelet betteng. Pada prosesi adat ini, dukun bayi memijit perut bayi sambil didoakan oleh kiai. Setelah itu ibu hamil menggendong telur dan ayam, dan dimandikan di halaman rumah.

Salah satu budaya menarik dari Madura adalah tradisi sesaat setelah bayi lahir. Bayi diperkenalkan

makanan selain ASI beberapa jam setelah lahir diantaranya madu dan kelapa muda. Bayi disuapi madu oleh neneknya dengan menggunakan tangan yang belum terjamin kebersihannya karena tidak cuci tangan sebelumnya. Tiga jam berikutnya, bayi disuapi ro'-moro' (kelapa muda) sekitar 2-3 sendok oleh ibunya. Madu dan kelapa muda dipercayai dapat melancarkan pencernaan bayi sehingga mudah makan apapun yang dimakan. Hal tersebut tentu kontradiksi dengan program ASI eksklusif pemerintah, dimana bayi sebaiknya hanya mengkonsumsi Air Susu Ibu saja hingga usia 6 bulan tanpa makan dan minum apapun selain dari ASI. Perlakuan pemberian makanan selain ASI masih dilanjutkan bahkan dengan menu yang lebih padat, yang campuran dan nasi tim.

Jika pada tradisi tersebut dikatakan kontra dengan himbuan pemerintah, namun ditemukan juga adat istiadat yang sejalan dengan misi pemerintah terhadap kesehatan ibu pasca melahirkan. Yaitu perlakuan istimewa bagi ibu nifas, di mana ibu tidak boleh bekerja terlalu berat, bahkan hanya sekedar memandikan bayinya. Memandikan bayi dilakukan oleh dukun bayi atau ibu dari ibu yang melahirkan (nenek bayi). adanya budaya matriloal yaitu ibu melahirkan akan kembali pulan ke ibu/orangtuanya untuk didampingi dan dibantu dalam proses perawatan nifasnya. Adat tersebut sangat mendukung penjagaan terhadap ibu hamil, terutama untuk meminimalisir pekerjaan berat pada ibu yang berpotensi terhadap resiko pendarahan pada masa nifas. Karena beberapa kasus eklampsia yang berujung kematian justru banyak di alami oleh ibu pada masa nifas, salah satunya dikarenakan tidak kontrol terhadap aktivitas fisiknya. (Widyasari, Ratna. 2012)

### **C. Rangkuman**

Indonesia merupakan negara yang kaya akan adat istiadat dan budayanya. Begitu banyak keragaman yang menjadikan Indonesia semakin berwarna. Sehingga

tantangan dalam melaksanakan program kesehatan oleh pemerintah pun juga semakin beragam. Bukanlah hal yang mudah untuk menyeragamkan pemahaman masyarakat Indonesia yang sangat heterogen. Terutama kaitannya dengan perilaku, di mana masyarakat telah menjalankan kebiasaan yang di atur dengan norma adat istiadat. Maka ketika pemerintah memperlakukan suatu program yang telah didasarkan pada fakta ilmiah dan bukti-bukti empiris, namun bertentangan dengan kebiasaan yang berlaku di masyarakat akan butuh daya dan upaya yang lebih banyak pula untuk membuat program diterima. Keterlibatan dan kerjasama dari berbagai pihak untuk mendukung kesuksesan program mutlak dibutuhkan. Sehingga antara adat istiadat dan program pemerintah dapat berjalan beriring untuk bersama-sama menciptakan perilaku masyarakat yang baik guna pencapaian status kesehatan yang baik pula bagi masyarakat.

#### **D. Evaluasi**

1. Carilah 3 suku adat di Indonesia selain telah yang dijelaskan di sub pokok bahasaan ini!
2. Sebutkan tradisi yang berkaitan dengan kesehatan yang masih berlaku dan dipercaya oleh masyarakat di suku tersebut!
3. Bandingkan tradisi tersebut dengan program kesehatan yang dimiliki pemerintah!
4. Analisis permasalahan yang mungkin terjadi dan berikan solusi dari masing-masing masalah tersebut!
5. Apakah yang telah anda pelajari dari materi ini?
6. Sebutkan hal-hal yang ingin anda pelajari sebagai pengembangan pengetahuan anda dari materi ini!

#### **E. Daftar Pustaka**

Buku Seri Etnografi kesehatan Ibu dan Anak 2012. Jakarta: pusat humaniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

- BPS. 2017. Mengulik Data Suku di Indonesia. Diakses dari <http://www.bps.go.id/kegiatanLain/view/id/127> pada tanggal 10 Agustus 2017
- dokhi, M. dkk. 2016. Analisis kearifan Lokal Ditinjau dari Keragaman Budaya. 2016. Pusat Data Statistik Pendidikan dan Kebudayaan (PDSPK) Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. <http://publikasi.data.kemdikbud.go.id/uploadDir/isi/F9B76ECA-FD28-4D62-BCAE-E89FEB2EDB.pdf>
- Fathoni, Abdurrahmat. 2006. Antropologi Sosial Budaya Suatu Pengantar. Jakarta: Rineka Cipta
- Lestari, Weny. Dkk. 2012. Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2012, Etnik Toraja Sa'dan Desa Sa'dan Malimbong kecamatan Sa'dan kabupaten Toraja Utara, provinsi Sulawesi Selatan. jakarta: Pusat Humaniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maran, Rafael Raga. 2007. Manusia dan Kebudayaan dalam perspektif Ilmu Budaya Dasar. Jakarta: Rineka Cipta
- Raflizar. Dkk, 2012. Buku Seri Etnografi Keseahatan Ibu dan Anak 2012, Etnik Manggarai Desa Wwae Codi Kecamatan Cibai Kabupaten Manggarai, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Jakarta: Pusat Humaniora, kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat Badan dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan Republik Indonesia
- Sarwono, Solita. 1993. Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya. Jogjakarta: gadjah mada Universitas Press.
- Widyasari, Ratna, dkk. 2012. Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2012, etnik Madura Desa Jrangoan Kecamatan Omben Kabupaten sampang Provinsi Jawa Timur. Jakarta: Pusat humaniora Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

## **BAB XII**

# **PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT**

### **A. Tujuan Pembelajaran**

Mahasiswa memahami dan mampu menjelaskan berbagai contoh program promosi kesehatan Indonesia

### **B. Materi**

Pengertian promosi kesehatan menurut WHO adalah suatu upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar mampu mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan kesehatan dirumuskan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan di dukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. (fitriani,2011)

Pemberdayaan masyarakat bermakna mendorong terjadinya proses perubahan masyarakat ke arah hari depan yang lebih baik dengan menempatkan masyarakat yang bersangkutan pada pusat perubahan itu sendiri. Definisi lain mengatakan bahwa pemberdayaan merupakan suatu gerakan yang direncanakan untuk meningkatkan kehidupan yang lebih baik bagi seluruh masyarakat dengan partisipasi aktif dan inisiatif masyarakat sendiri”. Menurut pandangan Efendi pada seminar *community development* yang diselenggarakan di Yogyakarta pemberdayaan sendiri terkait dengan isu perubahan sosial (*social change*), perubahan sikap dan perilaku masyarakat, perubahan kapasitas dan *leadership* ke arah kemandirian, ke arah hari depan yang lebih baik.

Dari definisi-definisi tersebut dapat dilihat bahwa pada hakikatnya promosi kesehatan merupakan suatu proses dan tujuan pemberdayaan. Makna promosi kesehatan “meningkatkan kemampuan melalui proses belajar” mempunyai implikasi mendorong masyarakat menuju proses

perubahan perilaku. Sedangkan kata “dapar menolong dirinya sendiri”, mempunyai implikasi adanya peningkatan kapasitas sehingga mandiri untuk memutuskan pemecahan masalah kesehatan nya. Oleh sebab itu tahap-tahap dalam program pemberdayaan kesehatan meliputi peningkatan pengetahuan, sikap Dan tindakan.

Indikator masyarakat mandiri dalam bidang kesehatan dari aspek pengetahuan ditandai dengan kemampuan masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan dan faktor determinan yang ada pada diri, keluarga, kelompok dan sekitar lingkungan tempat tinggalnya, misalnya mengenali masalah penyakit dan penyebabnya. Aspek sikap ditandai adanya kemauan untuk melakukan perubahan dari kondisi bermasalah dalam kesehatan menjadi kondisi yang memenuhi persyaratan kesehatan. Sedangkan dari aspek tindakan ditandai dengan kemampuan untuk melindungi diri dari berbagai ancaman kesehatan melalui tindakan pencegahan terhadap zat-zat yang berbahaya dan peningkatan kesehatan melalui pengelolaan gizi dan makanan, sanitasi, aktifitas fisik. Prinsip dasar pemberdayaan untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri dalam bidang kesehatan yakni: 1) melakukan upaya penyadaran dengan memberikan pendidikan kesehatan dan pelatihan dengan memberikan keterampilan (*skill*) yang bermanfaat bagi mereka untuk melakukan perubahan, 2) pengorganisasian dan pengembangan masyarakat agar ada kegiatan yang teratur, pembagian tugas dan penanggung jawab kegiatan-kegiatan, menumbuh kembangkan potensi, menggali kontribusi Dan menjalin kemitraan.

Beberapa program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

### **1. Penyuluhan/komunikasi, informasi & Edukasi**

Terdapat banyak sekali contoh penyuluhan dan KIE yang ditujukan untuk melakukan penyadaran terkait dengan kesehatan terhadap masyarakat. Mulai dari penyuluhan individual (konseling) baik secara langsung (*face to face*), penyuluhan secara berkelompok misalnya dengan ceramah, bahkan penyuluhan dengan

menggunakan media massa seperti konsultasi melalui rubrik kesehatan pada majalah, tabloid dan koran iklan kesehatan pada televisi, radio, poster, *leaflet*, *booklet*, dll.

Salah satu contoh tenaga kesehatan yang kreatif berinovasi dalam melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat adalah Drg. Salvi Raini. Kepala puskesmas Biaro, kab. Agam provinsi Sumatera Barat ini terpilih menjadi tenaga kesehatan teladan dari kementerian kesehatan karena inovasinya berbagai program acara yang disenangi oleh masyarakat, namun pada program acara radio tersebut. selalu diselipkan pesan-pesan kesehatan baik melalui program dialog pemirsa, pemutaran lagu, pemberian informasi dan berita serta pengumuman maupun iklan-iklan yang bernuansa kesehatan. Tanggung jawab program acara diserahkan kepada puskesmas-puskesmas yang ada di kabupaten agam berdasarkan hari kerja. Sementara dari Yogyakarta, dinas kesehatan kota Yogyakarta juga pernah meraih penghargaan inovasi dari kementerian kesehatan dengan didirikan pusat konsultasi rumah Sehat lansia (Rusela) di susu secara terjadwal, penyediaan transportasi difasilitasi oleh puskesmas-puskesmas yang ada di kota yogya. Mungkin masih banyak terobosan lainnya yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan di seluruh indonesia untuk meningkatkan kesadaran masyarakat yang perlu dikumpulkan sebagai pembelajaran inovasi bagi tenaga kesehatan lainnya yang diaplikasikan pada berbagai tatanan

## **2. Posyandu**

Posyandu dikelola oleh kader menjadi suatu indikator dalam peran serta masyarakat yang dibantu oleh tenaga kesehatan. Oleh sebab itu keaktifan kader menjadi suatu indikator dalam peran serta masyarakat di samping keaktifan ibu-ibu untuk melakukan kunjungan ke posyandu.

Posyandu didirikan bertujuan untuk memudahkan untuk memperoleh layanan dasar guna mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak. Kegiatan posyandu dikelompokkan dalam paket kegiatan minimal dan paket kegiatan tambahan. Paket kegiatan minimal merupakan kegiatan utama yang terdiri dari : perbaikan gizi, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi serta penanggulangan penyakit diare. Sedangkan paket tambahan yaitu paket optimal yang sesuai dengan kebutuhan dan tingkat perkembangan posyandu, misalnya bina keluarga balita, usaha kesehatan gigi masyarakat desa, penanggulangan DBD, Malaria, dll. Posyandu dilaksanakan setiap bulan dengan sasaran bayi dan anak balita, dengan kegiatan penimbangan bulanan dan penyuluhan gizi kesehatan, pemberian paket pertolongan gizi melalui pemberian kapsul vitamin A, paket makanan tambahan atau pendamping ASI, pelayanan imunisasi, identifikasi gangguan penyakit dan pengobatan terutama untuk diare dan ISPA. Sasaran lain adalah ibu hamil dengan kegiatan pemeriksaan kehamilan (K1-K4), pemberian tablet FE, penyuluhan tentang gizi serta pemberian makanan tambahan kepada ibu hamil kurang energi kalori (KEK). Sasaran ibu nifas, menyusui dan wanita usia subur yang telah menikah kegiatan adalah pemberian kapsul vitamin A, pemberian Tablet FE, pelayanan KB, KIE/penyuluhan tentang gizi bagi ibu menyusui, ASI eksklusif, perawatan nifas, pengenalan tanda bahaya pasca persalinan.

Saat ini posyandu yang semula hanya untuk balita, berkembang menjadi posyandu lansia mengingat bertambahnya usia angka harapan hidup dan adanya perubahan struktur penduduk Indonesia. Secara program, indikator-indikator untuk menilai hasil kegiatan posyandu adalah berikut ini:

- a. Cakupan D/S (datang/seluruh) merupakan indikator untuk melihat peran serta masyarakat dengan membandingkan dengan jumlah sasaran

yang datang ke posyandu dengan seluruh sasaran yang ada wilayah kerja posyandu. Jika D/S kurang dari 40% maka PSM diberi nilai 1, bila antara 40%-79% diberi nilai 2 dan yang lebih di dari 80% diberi nilai 3. Dengan bobot penilaian 0,40.

- b. Cakupan N/D (naik/ditimbang) untuk mengetahui rata-rata badan bayi/balita yang datang dan ditimbang di posyandu. Penilaian N/D yang kurang dari 40% mendapatkan Nilai 1, 40%-79% diberikan nilai 2 dan yang lebih di dari 80% diberi nilai 3. Dengan bobot penilaian 0,40.
- c. Hasil penimbangan bawah garis merah yakni terkait dengan penimbangan berat badan bayi dan balita yang ditemui ternyata dibawah garis merah pada kartu menuju sehat (KMS). Jika pada saat penilaian posyandu ditemui ada terdapat BGM baru lebih besar dari 10% maka diberi nilai 1, jika 5-10% maka mendapatkan nilai 2 dan apabila kurang dari 5% maka posyandu diberi nilai 3. Setiap komponen penilaian dengan bobot masing-masing 0,40.
- d. Pengisian balok SKDN (seluruh balita di wilayah posyandu, semua balita yang punya KMS, semua balita yang ditimbang, dan balita yang naik berat badannya. Balok SKDN berguna untuk pemantauan pertumbuhan balita. Penilaian balok SKDN. Jika balik ada diisi maka nilainya 1, jika pengisiannya salah maka dapat nilai 2, jika cara pengisian benar maka dapat nilai 3.
- e. Capaian imunisasi, jika kurang dari 40% diberi nilai 1, bila mencapai 40-79% diberi nilai 2, jika capaian lebih dari 80% diberi nilai 3.
- f. Cakupan pelayanan kb pada PUS. Jika pencapaian pelayanan kb pada PUS kurang dari 40% nilai 1, bila mencapai 40-79% diberi nilai 2, jika capaian lebih dari 80% diberi nilai 3.
- g. Kunjungan ibu hamil dan ibu nifas, kunjungan ibu hamil diharapkan mencapai K1-K4 sehingga

persalinannya berkualitas. Penilaian terhadap bumil dan bufas di lihat dari capaian 3 bulan terakhir jika capaian kurang dari 40% diberi nilai 1, bila mencapai 40-79% diberi nilai 2, jika capaian lebih dari 80% diberi nilai 3.

- h. Pengetahuan sasaran tentang kartu menuju sehat. Penilaian tentang pengetahuan sasaran adalah untuk mengetahui sejauh mana pemahaman sasaran tentang arti dan kegunaan KMS terutama pada ibu bayi dan balita. Jika yang paham arti dan kegunaan antara 1-5 orang maka diberi nilai 1, jika di atas 6 orang maka diberi nilai 2.
- i. Kegiatan pengembangan seperti kegiatan penyuluhan dan kunjungan rumah di luar jadwal buka posyandu. Penilaian terhadap keterampilan penyuluhan dilihat dari jika melaksanakan 1 jenis topik penyuluhan maka diberi nilai 1, jika 2-3 topik dalam 12 bulan diberi nilai 2 dan jika lebih dari 3 topik maka diberi nilai 3.
- j. Penilaian kunjungan rumah. Jika tidak ada catatan kunjungan ke rumah di luar jadwal posyandu maka diberi nilai 1, jika ada kunjungan diberi nilai 2.
- k. Sarana osyandu, keberadaan timbangan dacin, KMS, buku pendaftaran, SIP posyandu dan buku inventaris posyandu, alat masak memasak, tes kit ionisasi, bahkan KIE, pita LILA, alat kontrasepsi dan ATK pendukung kelancaran administrasi apabila ada diberi nilai 1.
- l. Kebersihan posyandu, untuk menilai kebersihan posyandu tidak hanya bagian dalam, tetapi juga termasuk bagian luar seperti halaman yang rapi dan bersih. Posyandu diberikan nilai 1 apabila dinyatakan madya nilai 2, posyandu diberi nilai 1 apabila dinyatakan tidak bersih dan apabila bersih diberi nilai 2.
- m. Strata posyandu. Apabila strata posyandu adalah pertama mendapatkan nilai 1, posyandu madya nilai 2, posyandu purnama diberi nilai 3 dan

posyandu mandiri diberi nilai 4 Penilaian posyandu dilakukan untuk menetapkan posyandu juara mulai dari desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota sampai juara provinsi dan Nasional. Agar tidak terjadi dampak setelah penentuan juara, maka pasca penilaian perlombaan posyandu perlu dilakukan pengembangan kegiatan posyandu, menjaga tertib administrasi dan pemeliharaan sarana posyandu, pemberdayaan kader, kebersihan lingkungan dan penerimaan tamu dari luar.

### **3. Desa Siaga**

Secara definisi Saga/kelurahan siaga adalah desa/kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan gawat darurat kesehatan secara mandiri. Dilaksanakan melalui pendekatan edukatif yaitu dengan memfasilitasi masyarakat (individu, keluarga, kelompok masyarakat) untuk menjalani proses pembelajaran pemecahan masalah kesehatan yang dihadapinya secara terorganisasi (pengorganisasian masyarakat), dengan tahapan:

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.
- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang terpilih dan layak, merencanakan dan melaksanakannya.
- d. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya yang telah dilakukan.

Kegiatan pokok desa siaga adalah surveilens dan pemetaan terhadap masalah kesehatan di rumah tangga tercatat dalm kartu sehat keluarga. Rekapitulasi kartu sehat keluarga akan menghasilkan peta desa spesial yang dipaparkan di poskesdes. Kegiatan lainnya adalah

perencanaan partisipasi melalui survei mawas diri dan musyawarah masyarakat desa. Dalam kegiatan MMD desa menentukan prioritas masalah dan penentuan target dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai target, menyusun anggaran dan memobilisasi sumber daya masyarakat, kegiatan khusus, monitor kinerja serta manajemen keuangan terhadap dana hibah yang didapatkan dari penyandang dana.

#### **4. Usaha Kesehatan Sekolah/Pos Kesehatan Pesantren**

Sekolah yang berwawasan Kesehatan mempunyai cara pandang bahwa sekolah bukan hanya sebagai tempat kegiatan pembelajaran, tetapi juga sebagai sarana untuk pembentukan perilaku hidup sehat. UKS merupakan UKBM yang merupakan kerja koordinatif berdasarkan SKB 4 menteri yakni kesehatan, menteri pendidikan dan kebudayaan, menteri kebudayaan, menteri agama, menteri dalam negeri. Tujuan UKS adalah untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan PHBS dan derajat kesehatan didik maupun warga belajar serta menciptakan lingkungan yang sehat sehingga memungkinkan perilaku hidup bersih dan sehat. Puskesmas khususnya bidang promosi kesehatan merupakan penanggung jawab UKBM di tatanan sekolah ini.

Sasaran UKS adalah anak usia sekolah (6-21 tahun) yang berada di TK/Ra, SD/MI, STP/MTS, SMA/MA, sanggar kegiatan belajar (SKB), pondok pesantren, guru, pamong belajar, pengelola, pendidikan lain, pengelola kesehatan dan masyarakat. Persyaratan sekolah sebagai pelaksanaan UKS adalah sekolah, telah mempunyai guru yang ditatar materi UKS, mempunyai ruang UKS beserta perlengkapannya, mempunyai KKR/tiwisada yang sudah ditatar dengan jumlah minimal 10% dari seluruh siswa serta melaksanakan trias UKS dalam kehidupan sehari-hari. Indikator penilaian UKS adalah:

- a. Pelaksanaan Trias UKS yang terdiri dari :

- 1) Pendidikan kesehatan
  - 2) Pelayanan kesehatan
  - 3) Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat
- b. Ruangan
- 1) Ruangan kepala sekolah
  - 2) Ruangan majelis guru
  - 3) Ruangan kelas
  - 4) Ruangan UKS
  - 5) Ruangan ibadah
  - 6) Ruangan perpustakaan
  - 7) Ada ruangan/kantin sekolah
- c. Kamar mandi/WC/SAB

Strata pelaksanaan UKS terdiri dari strata minimal, strata standar, strata optimal serta strata paripurna. Indikator strata minimal adalah penyuluhan kesehatan oleh guru UKS, ada ruang UKS, UKGS 1 (penyuluhan gigi), imunisasi, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Indikator strata standar adalah semua indikator strata minimal ditambah dengan keberadaan ruang UKS, sarana dan prasarana UKS (KMS, UKS, KIT), guru UKS sudah dilatih, kader kesehatan sekolah (dokter kecil), P3K, pemeriksaan kesehatan secara periodik, pengawasan warung sekolah, serta UKGS II. Indikator strata optimal adalah indikator strata standar ditambah kader kesehatan remaja, kebun sekolah, dana sehat, UKGS III (pemeriksaan dan perawatan gigi) ada guru BK/BP, dan ada guru pendidikan jasmani. Sedangkan indikator ditambah dengan adanya kegiatan pemantauan kesegaran jasmani dan guru pendidikan jasmani yang terlatih

- d. Pos usaha kesehatan kerja

Pada beberapa wilayah kerja puskesmas terdapat daerah yang menjadi kawasan industri kecil, menengah, dan industri yang berskala nasional dan internasional. Sebagai unit pelaksana

dinas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan penduduk di suatu wilayah, maka puskesmas juga bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang timbul di atas, bawah tanah dan di udara yang berisiko menimbulkan masalah kesehatan terhadap lingkungan dan terhadap pekerjaan serta masyarakat di sekitarnya. Bagi perusahaan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan lingkungan dan kesehatan keselamatan kerja diimplementasi dalam bentuk penilaian terhadap keamanan industri pada saat melakukan proses maupun setelah menghasilkan produk, sehingga jalan atau tidaknya program pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja akan mempengaruhi nilai jual dan daya terima masyarakat terhadap produk yang dihasilkan. Organisasi khusus yang menanganinya dikenal dengan *healt and environment and safety*. Akan tetapi pada perusahaan skala kecil dan menengah belum mampu menerapkan standar kesehatan dan kesehatan keselamatan kerja seperti pada perusahaan nasional dan internasional sehingga puskesmas khususnya bagian promosi kesehatan menjadi penanggung jawab terhadap pengawasan dan pengendalian masalah kesehatan pada industri skala rumah tangga (skala kecil) dan skala menengah. UKB yang mengelola masalah kesehatan tempat kerja yang dikoordinir oleh pekerja bersama dengan puskesmas ini disebut dengan Pos usaha kesehatan kerja (Pos UKK).

- e. Tanaman obat keluarga (TOGA) dan pos desa/warung obat desa

Tanaman obat keluarga adalah tanaman hasil budidaya rumahan yang berkhasiat sebagai obat tanaman obat keluarga yang ada hakekatnya adalah sebidang tanah, baik di dalam halaman rumah, kebun ataupun ladang yang digunakan untuk membudidayakan tanaman yang berkhasiat

sebagai obat dalam rangka memenuhi keperluan keluarga akan obat-obatan. Kebun tanaman obat atau bahan obat yang berasal dari tumbuhan-tumbuhan. Budidaya tanaman obat untuk keluarga dapat memacu usaha kecil dan menengah dibidang obat-obatan kimia, selain itu murah dan mudah diperoleh. Penemuan kedokteran modern juga mendukung penggunaan obat tradisional. Jenis tanaman obat yang ditanami di karangan rumah dapat beraneka ragam, ada yang berupa bumbu dapur, tanaman buah, tanaman hias, tanaman sayur dan ada pula berupa tanaman liar (wikipedia, 2013)

## **5. Pengelolaan Tanaman Obat Keluarga**

Tanaman obat keluarga memiliki khasiat yang beragam, misalnya temu lawak dapat digunakan untuk meningkatkan nafsu makan. Meningkatkan fungsi kerja hati, mengurangi peradangan , anti sembelit dan mengurangi asam lambung.

Pengobatan tradisional dengan bahan tanaman umumnya dikuasai turun-temurun. Pemakaian dan pengobatannya boleh dibilang sederhana, namun sejenis tanaman obat yang digunakan haruslah tepat karena setiap tanaman obat memiliki efek farmakologi yang beragam dan pemakaian tanaman obat yang salah dapat berakibatkan fatal. Dalam pemakaian obat herbal ada beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya bahan tanaman, pengolahan ramuan, cara pemakaian dan tindakan medis lainnya (Depkes RI, 2004:27)

### **a. Peralatan yang digunakan**

Peralatan yang digunakan tidak boleh dianggap sepele masalah kebersihannya, diantaranya kebersihan ruangan, ruangan, peralatan dan ketetapan peralatan yang digunakan direbus atau direndam dalam air panas terlebih dahulu dan setelah digunakan harus segera dibersihkan kembali untuk menghindari adanya residu pada lalat. Panci perebusan sebaiknya terbuat dari

bahan tanah, keramik, kaca atau *stainless steel* dan jangan digunakan bahan dari aluminium, besi, kuningan, timah hitam atau timbal. Tujuannya untuk menghindari pembentukan dari zat racun, konsentrasi obat menurun atau efek samping karena bahan kimia panik dengan zat yang di keluarkan tanaman.

b. Pengelolaan ramuan

1) Merebus

Tanaman obat direbus agar zat-zat yang berkhasiat tanaman larut ke dalam air (air bersih). Pada awal perebusan, digunakan api besar sehingga mendidih, kemudian setelah mendidih api dikecilkan dan biarkan selama 5 menit, baru diminum.

2) Menyeduh

Bahan yang telah diramu diseduhkan dengan air panas dan didiamkan selama 5 menit, kemudian hasil seduhan disaring.

3) Memipis

Biasanya bahan yang digunakan bahan yang masih segar, bahan tersebut dihaluskan dengan ditambahkan sedikit air, kemudian diperas sehingga  $\frac{1}{4}$  cangkir. Jika belum sampai  $\frac{1}{4}$  cangkir, tambahkan lagi air kemudian ampasnya diperas lagi sehingga sampai  $\frac{1}{4}$  cangkir.

c. Cara pemakaian

Cara pemakaian obat tradisional berbeda-beda tergantung dari jenis penyakitnya. Misalnya untuk penyakit kulit, obat digunakan secara dioles atau diramu untuk dimandikan. Umumnya ramuan dikonsumsi 1 jam sebelumnya makan dengan tujuan agar proses penyerapan zat-zat yang berkhasiat optimal. Bagi yang belum terbiasa sebaiknya dosis diminum sedikit demi sedikit.

d. Jangka waktu pemakaian

Ramuan yang direbus boleh di simpan selama sehari-hari atau 24 jam. Apabila dibuat dari perasan tanpa direbus hanya boleh disimpan selamanya 24 jam.

- e. Jenis-jenis tanaman untuk obat keluarga
- Tanaman yang harus dibudidayakan untuk tanaman obat keluarga adalah jenis-jenis tanaman yang memenuhi kriteria yakni :
- 1) Jenis tanaman disebutkan dalam buku pemanfaatan tanaman obat
  - 2) Jenis tanaman yang lazim digunakan sebagai obat di daerah pemukiman
  - 3) Jenis tanaman yang dapat tumbuh dan hidup dengan baik di daerah pemukiman
  - 4) Jenis tanaman yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan lainnya, misalnya buah-buahan dan bumbu masak
  - 5) Jenis tanaman yang hampir punah
  - 6) Jenis tanaman yang masih liar
- Jenis tanaman obat adalah tanaman yang sudah lazim ditanam di pekarangan rumah atau tumbuh didaerah pemukiman.

## **6. Saka Bhakti Husada**

Saka bhakti husada adalah anggota pramuka yang menjadi kader pembangunan bidang kesehatan untuk melambangkan norma hidup bagi semua anggota gerakan pramuka dan masyarakat di lingkungannya. Kegiatan kesakaan dilaksanakan di gugus depan dan satuan karya pramuka. Pada dasarnya saka bhakti husada memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk berpraktik menerapkan sendiri pengetahuan dan menggunakan perlengkapan sesuai keperluannya. Anggota saka bhakti husada adalah pramuka penggalang usia 14 tahun ke atas yang sudah mencapai tingkat penggalang yang tetap atau pemuda berusia 16-23 tahun dengan syarat khusus, atau pramuka penegak dan pandega serta pamong saka dan instruktur tetap.

Saka bhakti husada meliputi enam krida yakni krida bina lingkungan sehat, krida bina keluarga sehat, krida penanggulangan penyakit, krida bina gizi, krida bina obat, serta terakhir krida perilaku hidup bersih dan sehat.

### **C. Rangkuman**

Indonesia telah melakukan berbagai program promosi kesehatan di Indonesia. Semua program tersebut bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat. Contoh program yang sangat sering didengar dan sukses adalah posyandu dan Desa Siaga.

### **D. Evaluasi**

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan singkat dan jelas!

1. Sebutkan dua contoh program promosi kesehatan yang telah ada di Indonesia!
2. Jelaskan secara singkat kegiatan Pos Kesehatan kerja!

### **E. Daftar Pustaka**

- [http://www.avademia.edu/8262629/SEJARAH SAKA BAKTI HUSADA](http://www.avademia.edu/8262629/SEJARAH_SAKA_BAKTI_HUSADA)
- Alfitri, 2011. Community Development Teori dan Aplikasi. Pustaka Pelajari. Yogyakarta
- Depkes Ri. 2008. Modul pelatihan bagi tenaga promosi kesehatan di lapangan. Sub bidang diklat teknis kesehatan
- Depkes Ri, 2009. Pedoman pengembangan model operasional desa siaga. Dirjen bina kesehatan masyarakat
- Fitriani, sinta. 2011. Promosi Kesehatan. Graha Ilmu Yogyakarta
- Ife, jim dan ttesoriero, Frank. 2014. Alternatif Pengembangan Masyarakat di era globalisasi, community development. Pustaka Pelajar. Yogyakarta

- Nain, umar. 2015. Posyandu; Upaya kesehatan berbasis Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta
- Sulaeman, Endang Sutisna. 2016. Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi. Gadjah Mada university Press. yogyakarta



## **Biodata Penulis**



Rosdiana lahir di Tuppu, 05 Desember 1976. Lulus S2 tahun 2010 di Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta Solo, Program Studi Kedokteran Keluarga. Pada tahun 2016 menyelesaikan S3 di Universitas yang sama (UNS) Surakarta Solo dengan Peminatan Promosi Kesehatan. Aktivitas keseharian adalah staf dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widyagama Mahakam Samarinda. Riwayat pekerjaan, pernah menjabat sebagai Sek. Prodi FKM UWGM 2003–2007, Ka. Prodi FKM UWGM tahun 2007–2014, Dekan FKM UWGM 2014–2017.

Saat ini menjadi Ka. Balai Penelitian UWGM. Ikut serta dalam organisasi hingga saat ini, kepengurusan Ahli & Dosen Republik Indonesia (ADRI), bidang research. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Ketua Bidang Narkoba dan Bina Remaja. Sekretaris Umum di Profesi Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Kota Samarinda. Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI) Kalimantan Timur di bidang research. Pengurus di Forum Promkes Nasional.