

# Buku Ajar

*by* Kusyogo Cahyo

---

**Submission date:** 19-Jul-2018 08:12AM (UTC+0700)

**Submission ID:** 983574072

**File name:** Buku\_Ajar\_Dasar\_Promkes\_ISBN\_-\_rev\_1.doc (8.26M)

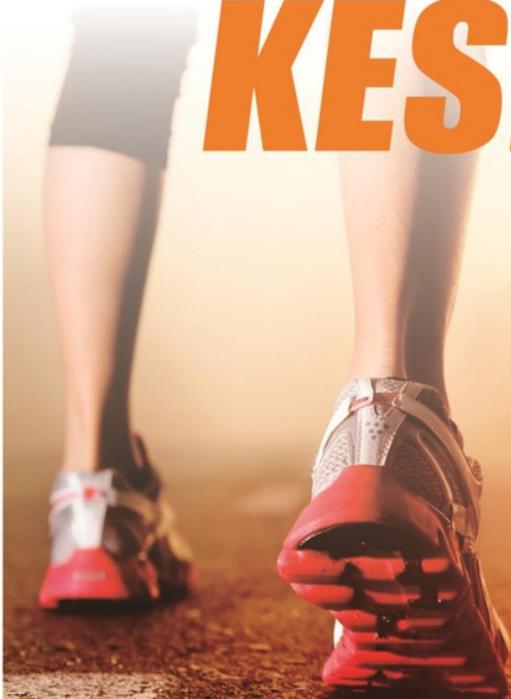
**Word count:** 37372

**Character count:** 270635



*Buku Ajar*

# **Dasar Promosi KESEHATAN**



**Penerbit FKM Undip**

## BUKU AJAR

## DASAR PROMOSI KESEHATAN



### TIM PENYUSUN

Marsiana Wibowo, S.KM, M.PH.  
Kusyogo Cahyo, S.KM, M.Kes.  
Ratih Indraswari, S.KM, M.Kes.  
Aditya Kusumawati, S.KM, M.Kes.  
Ainur Rachman, S.KM, M.Kes.  
Kartina, S.KM, M.Si.  
Arrum Firda Ayu M, S.KM, M.Kes  
Lilik Hidayati S.KM, M.Kes.  
Nur Rohmah, S.KM, M.Kes.  
Yelli Yani Rusyani, S.KM, M.Kes.  
Helfi Agustin, S.KM, M.KM.

(Universitas Ahmad Dahlan)  
(Universitas Diponegoro)  
(Universitas Diponegoro)  
(Universitas Diponegoro)  
(STIKES Muhammadiyah Samarinda)  
(STIKES Widyagama Mahakam)  
(Universitas Jenderal Soedirman)  
(Universitas Siliwangi Tasikmalaya)  
(Universitas Mulawarman)  
(Universitas Respati Yogyakarta)  
(Universitas Ahmad Dahlan)

2017

**BUKU AJAR**  
**DASAR PROMOSI KESEHATAN**

**ISBN : 978-602-60921-9-9.**

**Editor : Drg. Zahroh Shaluhiah, M.PH, Ph.D**

**Layout dan Cover Design : Teguh Wibowo, A.Md.**

4

Diterbitkan oleh :

**FKM UNDIP Press**

Jln. Prof. Soedarto, SH, Tembalang Semarang 50239

Telp. (024) 7460044

Email : [fkmundip.press@gmail.com](mailto:fkmundip.press@gmail.com)

**Hak Cipta © 2017 oleh Forum Promosi Kesehatan Nasional (FPKN)**

Cetakan I: 2017

4

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh buku ini tanpa seijin dari penulis dan penerbit

3

**Buku Ajar**

**Dasar Promosi Kesehatan**



## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas terselesainya buku ajar ini. Ucapan terima kasih kepada seluruh tim penulis buku ajar atas kontribusinya. Buku ajar ini disusun oleh anggota Forum Promosi Kesehatan Nasional, forum yang mewadahi para aktivis akademisi promosi kesehatan dalam mengembangkan keilmuannya.

Buku ajar ini berisi tentang Dasar Promosi Kesehatan yang merupakan salah satu mata kuliah dasar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat. Buku ini memuat tentang konsep dasar promosi dan pendidikan kesehatan, advokasi promosi kesehatan, prinsip-prinsip promosi kesehatan, advokasi promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kemitraan promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, metode dan media promosi kesehatan, determinan perilaku kesehatan, teori perubahan perilaku kesehatan, perubahan sosial budaya dan kesehatan, serta program-program promosi kesehatan di Indonesia. Sub bahasan yang cukup lengkap ini menjadikan buku ini sangat baik sebagai pegangan mahasiswa ilmu kesehatan masyarakat. Semoga bermanfaat.

Penyusun.



**Buku Ajar**

**Dasar Promosi Kesehatan**

4

## DAFTAR ISI

BUKU AJAR .....	1
PRAKATA .....	4
DAFTAR ISI .....	5
BAB I KONSEP PROMOSI KESEHATAN <i>Marsiana Wibowo, S.KM, M.PH</i> .....	6
BAB II SEJARAH PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT <i>Ratih Indraswari, S.KM, M.Kes</i> .....	17
BAB III PRINSIP-PRINSIP PROMOSI KESEHATAN <i>Ainur Rachman, S.KM, M.Kes</i> .....	30
BAB IV ADVOKASI PROMOSI KESEHATAN <i>Kartina, S.KM, M.Si</i> .....	36
BAB V KEMITRAAN <i>Arrum Firda Ayu M., S.KM, M.Kes</i> .....	54
BAB VI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT <i>Lilik Hidayati S.KM, M.Kes</i> .....	64
BAB VII METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN <i>Nur Rohmah, S.KM, M.Kes</i> .....	83
BAB VIII DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU <i>Kusyogo Cahyo, S.KM, M.Kes</i> .....	108
BAB IX TEORI PERUBAHAN PERILAKU <i>Yelli Yani Rusyani, S.KM, M.Kes</i> .....	131
BAB X PERUBAHAN SOSIAL BUDAYA DAN KESEHATAN <i>Aditya Kusumawati, S.KM, M.Kes</i> .....	163
BAB XI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKA <i>Helfi Agustin S.KM, M.KM</i> .....	177
Glosarium.....	200
Indeks .....	204

**BAB I**  
**KONSEP PROMOSI KESEHATAN**  
*Marsiana Wibowo, S.KM, M.PH.*

**A. Tujuan Pembelajaran**

1. Memahami pengertian promosi kesehatan
2. Memahami konsep *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 yang ditetapkan sangat berdampak pada konsekuensi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, salah satu komitmen promosi kesehatan dalam Konferensi Ottawa adalah memusatkan sasaran kearah kebijakan public berwawasan kesehatan, dan melakukan advokasi untuk memperoleh komitmen politik yang jelas terhadap kesehatan dan kesetaraan/ keadilan di seluruh sektor. Topik ini menjadi perhatian khusus dalam Konferensi Promosi Kesehatan di Adelaide, Australia tanggal 5-9 April 1988. Konferensi ini menghasilkan Rekomendasi Adelaide (Adelaide Recommendation) (Pusat Promkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009).

Kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah seperangkat kebijakan, peraturan, maupun regulasi yang menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Kebijakan berwawasan kesehatan sangat mendukung terwujudkan lingkungan fisik dan sosial untuk mencapai tujuan

pembangunan kesehatan. Komitmen pemerintah sebagai pemegang kebijakan sangat dipertimbangkan dalam setiap mengembangkan formulasi kebijakannya. (Pusat Promkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009). Tujuan dari kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah keterlibatan pemerintah sebanyak mungkin diseluruh 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 dan 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. Dampak 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.

Gambar 1.1. Proses Mengembangkan Kebijakan



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

Hambatan-hambatan penerapan kebijakan berwawasan kesehatan :

a. Inkonsistensi dalam pelaksanaan, misal pemberantasan sarang nyamuk dengan 3 M perlu dipromosikan, namun proses fogging yang dibiayai.

- b. Ketidakcocokan bukti ilmiah yang diperoleh beberapa waktu sebelumnya tidak sesuai lagi dengan kondisi terkini
- c. Ketidaktepadan memilih kebijakan, proses menghasilkan kebijakan serta waktunya tidak sepadan
- d. Kuatnya minat-minat (interest pribadi), misalnya kepentingan pabrik rokok
- e. Ketidakterlibatan 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 (PusPromkes 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 sebagai 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 keberhasilannya. 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. Kerja sama 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 manfaat

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 tim Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) sebagai organisasi masyarakat mempunyai peran penting ditengah masyarakat Indonesia. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan bisa digerakkan melalui

wadah tersebut. Konferensi Adelaide merekomendasikan adanya kebijakan dan program yang berwawasan kesehatan dengan perempuan sebagai fokusnya, sehingga perlu ada :

- 1) Keadilan memperoleh kesempatan ekonomi atau mendapatkan pekerjaan
- 2) Hak 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 ini 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

Pengkonsumsian tembakau dan alkohol adalah perilaku yang sangat membahayakan kesehatan. Kedua perilaku tersebut memicu tindakan yang kurang baik, seperti kriminalitas, trauma fisik dan mental. Namun disisi lain, distribusi kedua barang tersebut telah dibebani cukai yang memberikan pemasukan ke 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 (PusPromkes Depkes RI & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UI, 2009).

2. *Community Action*: pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat terhadap peningkatan kesehatan
3. *Supportive Environment*

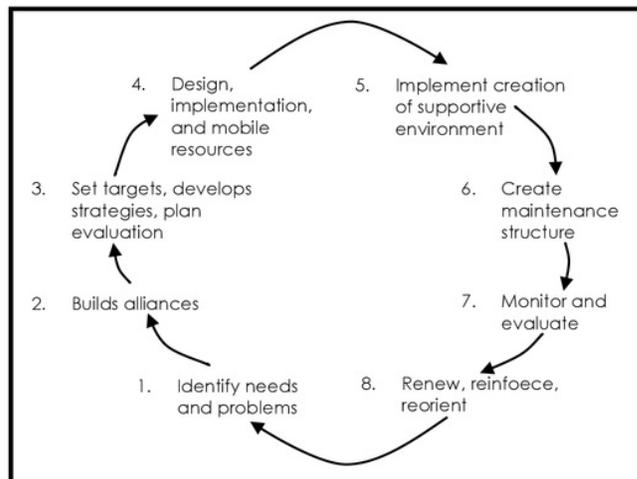
Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan (*supportive environment for health*) adalah tema yang diangkat pada konferensi ketiga promosi kesehatan di Sundsvall, Swedia, tanggal 9 – 15 Juni 1991. Konferensi ini menghasilkan tiga model untuk promosi kesehatan.

  - 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 piramid.
  - c. *Supportive Environment Action Model (SESAME)*

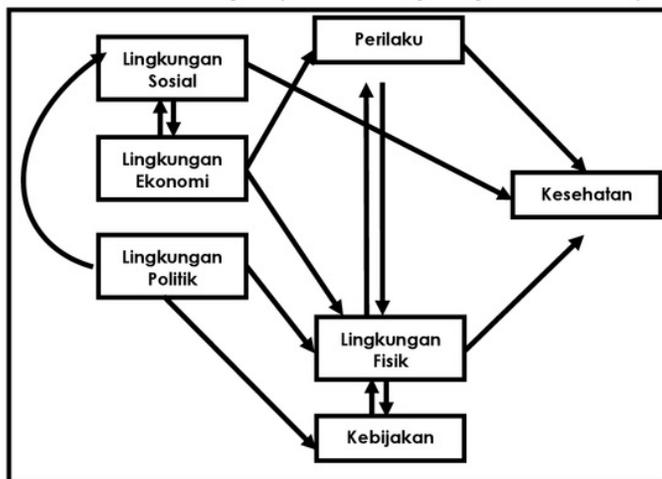
Model ini berperan dalam memfasilitasi kegiatan dan dapat dilihat sebagai sebuah spiral.

Gambar 1.2. Model SESAME



Hasil Konferensi Sundsvall mengkategorikan lingkungan menjadi tiga, yaitu lingkungan fisik, lingkungan sosial-ekonomi, dan lingkungan politik. Hubungan antara perilaku, lingkungan, dan kebijakan digambarkan dalam gambar di bawah ini.

Gambar 1.3.. Hubungan perilaku, lingkungan, dan 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
- d. Menjembatani berbagai konflik kepentingan di dalam masyarakat dalam rangka menjamin akses yang merata terhadap lingkungan yang mendukung

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, ekonomi adalah dimensi utama kesehatan untuk semua dan pembangunan berkelanjutan diperlukan peningkatan dan redistribusi ekonomi, termasuk didalamnya 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 diorganisir oleh kaum perempuan. Advokasi adalah upaya yang 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 disparitas 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 kampanye 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 Services*
- Reorientasi pelayanan kesehatan merupakan suatu proses adaptasi/ penyesuaian struktur dan fungsi terhadap permintaan baru dalam kesehatan. Komponen yang paling umum adalah
- a. Peningkatan upaya promotive 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*

### 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 diseluruh ruang lingkup pembangunan kesehatan. pengembangan dan pengambilan kebijakan harus dipertimbangkan melalui proses berulang untuk melihat apakah kebijakantersebut 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!

#### E. DAFTAR PUSTAKA

Fertman, C.I. & Allensworth, D.D., 2010. *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* C. L. Fertman & D. D. Allensworth, eds., United States: Jossey Bass.

Indonesia, P.P.K.K.K.R., 2009. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan: Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: [http://books.google.co.id/books?id=sDKnWExH6tQC&pg=PA163&dq=tahap+tahap+konseling&hl=en&sa=X&ei=2O4PVJCVFoWpuwSZ3oGgAQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=tahap tahap konseling&f=false](http://books.google.co.id/books?id=sDKnWExH6tQC&pg=PA163&dq=tahap+tahap+konseling&hl=en&sa=X&ei=2O4PVJCVFoWpuwSZ3oGgAQ&redir_esc=y#v=onepage&q=tahap tahap konseling&f=false).

RI, P.P.K.D.K. & Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, F.U., 2009. *Promosi Kesehatan Komitmen Global Dari Ottawa-Jakarta - Nairobi Menuju Rakyat Sehat*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.



## **BAB II** **SEJARAH PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT**

*Ratih Indraswari, S.KM, M.Kes.*

### **A. Tujuan Pembelajaran**

#### **1. Deskripsi singkat**

Upaya-upaya pencegahan penyakit sebenarnya telah dikenal sejak zaman purba. Seorang mahasiswa kesehatan masyarakat sebaiknya mengetahui sejarah munculnya ilmu promosi kesehatan dari zaman dulu hingga bagaimana sekarang program-program promosi kesehatan berjalan di Indonesia. Pada sub pokok bahasan ini akan dijelaskan lebih lanjut tentang sejarah pendidikan promosi kesehatan dari masa ke masa baik di tingkat nasional maupun internasional.

#### **2. Relevansi**

Materi ini penting untuk diketahui dan merupakan materi dasar yang memberikan pengetahuan tentang sejarah pendidikan kesehatan masyarakat. Dalam mempelajari materi lanjutan mengenai prinsip dan konsep promosi kesehatan, mahasiswa harus sudah memahami materi ini terlebih dahulu.

#### **3. Kompetensi**

##### **a. Standar Kompetensi**

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sejarah promosi kesehatan di Indonesia, konsep dan prinsip promosi kesehatan, program-program promosi kesehatan di Indonesia, Strategi promosi kesehatan, Partisipasi (pemberdayaan) masyarakat dalam promkes, konsep perilaku dan perilaku kesehatan, Determinan dan perubahan perilaku, Kesehatan dan perubahan budaya.

##### **b. Kompetensi Dasar**

Mahasiswa mampu menjelaskan sejarah promosi kesehatan, khususnya di Indonesia.

## B. Materi

### 1. Sejarah Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Upaya pencegahan penyakit telah dikenal sebelum Masehi, hanya saja belum tersusun serapi sekarang. Manusia 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 inilah yang kemudian memunculkan ilmu kedokteran dan profesi-profesi yang mengikutinya seperti dokter (umum hingga spesialis), perawat, bidan, dan profesi lain yang membantu orang dalam menyembuhkan penderitaan sakitnya. Sedangkan istrinya, Higiea, menggunakan pendekatan pencegahan penyakit atau upaya-upaya yang seharusnya dilakukan seseorang untuk meningkatkan kesehatannya agar tidak sampai jatuh sakit. Ilmu pencegahan penyakit dari Higiea inilah yang kini banyak digunakan oleh profesi-profesi kesehatan masyarakat seperti penyuluh kesehatan, sanitarian, ahli gizi, ahli kesehatan kerja, ahli kesehatan lingkungan dan lain sebagainya. Dari cerita tersebut dapat disimpulkan bahwa Asclepius menggunakan ilmu kedokteran dan 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 kolera di Benua Afrika dan Asia pada permulaan abad pertama hingga ketujuh. Upaya-upaya untuk mencegah penyakit menular mulai dilakukan seperti memperbaiki sanitasi dan higienitas 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 bersiwak 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 yang 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 Alma Ata, Kazahstan, 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
- 6) Pencegahan dan pemberantasan penyakit endemic
- 7) Pengobatan penyakit-penyakit umum
- 8) Penyediaan obat esensial

Dari kedelapan 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 terlepas 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) Pengembangan ketrampilan 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 focus 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 dan lingkungan rumah tangga, pekerjaan dan tempat kerja, transportasi, dan dukungan social.

**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 sector terkait dan di kalangan masyarakat madani, di dalam implementasi gerakan-gerakan promosi kesehatan dengan memperkuat memperluas kemitraan di bidang kesehatan
- 3) Memperkuat persiapan rencana 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 public yang berwawasan kesehatan dan program lain yang dibutuhkan
  - b) Dukungan riset dengan teknologi terbaru terhadap prioritas pilihan
  - c) Mobilisasi finansial dan sumber daya operasional untuk membangun kapasitas sumber daya manusia dan institusi untuk pengembangan, implementasi, monitoring dan evaluasi rencana kegiatan di kota/kabupaten

- 4) Membangun dan memperkuat jaringan promosi kesehatan di tingkat nasional dan internasional
- 5) Melakukan advokasi terhadap lembaga di dalam PBB yang peduli yang peduli akan dampak kesehatan agar menjadi agenda mereka
- 6) 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 Nairobi, 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 system kesehatan
- 3) Kemitraan dan kerjasama 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/ kerjasam lintas sektor dan multi disiplin
- 2) Determinan kesehatan dari perspektif non kesehatan
- 3) Kesenjangan, kemiskinan, keadilan social, dan HAM
- 4) Pedekatan wilayah
- 5) Pentingnya evidence based dalam pengembangan kebijakan
- 6) Peran sektor pemerintah, advokasi dan pembangunan kapasitas di berbagai aspek

**j. Deklarasi Shanghai**

Konferensi kesembilan ini digelar di Shanghai, 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 public, memperkuat legislasi, peraturan dan perpajakan komoditas 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 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 berdasar kronologisnya, maka didapatkan catatan sebagai berikut:

1. Sebelum Tahun 1965

Saat 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.

2. Periode Tahun 1965-1975.

Pada periode ini dimulai peningkatan profesional tenaga melalui program Health Educational Service (HES). Intervensi program masih banyak yang bersifat perorangan meskipun sudah mulai cenderung aktif menysasar masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

3. Periode Tahun 1975-1985.

Mulai dibangun program PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) yang menjadi andalan program sebagai pendekatan Community Development. Misalnya, program dokter kecil sebagai 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 oleh hasil deklarasi Alma Ata.

4. Periode Tahun 1985-1995.

Dibentuklah Direktoral Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktorat PMK 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.

5. Periode Tahun 1995-Sekarang.

Pemberdayaan tidak hanya kearah 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 Towards The 21'stCentury, Indonesian 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 lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk 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 bergarha 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 meular seperti lepra dan kolera di Benua Afrika dan Asia pada permulaan abad pertama hingga ketujuh. Upaya-upa unutk pencegahan kemudian mulai dilakukan, seperti perbaikan sanitasi.

Konferensi promosi kesehatan telah beberapa kali dilakukan, yaitu Deklarasi Alma Ata, Piagam Ottawa, Rekomendasi Adelaide, Pernyataan Sundsval, Deklarasi Jakarta, Kesepakatan Meksiko, Piagam Bangkok, Kesepakatan Nairobi, Kesepakatan Helsinki, dan Deklarasi Shanghai. 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, 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 lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk 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.

#### **D. Evaluasi**

1. Agar Anda lebih mudah mempelajari bab ini, kerjakan tes formatif yang diberikan dan periksa apakah jawaban tersebut benar, dengan melihat uraian penyelesaian yang ada di bagian belakang buku ini. Pelajari kembali materi ini dari berbagai sumber untuk memperkuat pemahaman Anda dan kerjakan latihan soal di buku referensi yang relevan.
2. Indikator  
Apabila Anda telah mengerjakan soal tes formatif dengan hasil diatas 80% benar maka silakan melanjutkan ke bab berikutnya.

Namun apabila jawaban Anda yang benar masih kurang dari 80% silakan pelajari bab ini kembali.

#### **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.

Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development on 21-24 of November 2016 in Shanghai pada [www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1-16k](http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1-16k) diakses pada tanggal 1 Februari 2017.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019.

### BAB III PRINSIP-PRINSIP PROMOSI KESEHATAN

*Ainur Rachman, S.KM, M.Kes.*

#### A. Tujuan Pembelajaran

Agar Mahasiswa dapat memahami prinsip-prinsip tentang promosi kesehatan meliputi : Tujuan Promosi Kesehatan, Sasaran Promosi Kesehatan, Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan dan 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 berjalan 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 akan 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 pengelompokkan sasaran promosi kesehatan, meliputi:

a. Sasaran primer, yaitu mereka yang diharapkan dapat menerima perilaku baru. Sasaran umumnya adalah masyarakat yang dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui anak untuk masalah KIA (kesehatan Ibu dan Anak) serta anak sekolah untuk kesehatan remaja dan lain sebagainya.

b. Sasaran sekunder, yaitu mereka yang mempengaruhi sasaran primer. adalah tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh penting dalam kegiatan promosi kesehatan, dengan harapan setelah diberikan promosi kesehatan maka masyarakat tersebut

akan dapat kembali memberikan atau kembali menyampikan promosi kesehatan pada lingkungan masyarakat sekitarnya.

- c. Sasaran tersier, yaitu mereka yang berpengaruh terhadap keberhasilan kegiatan seperti para pengambil keputusan atau penentu kebijakan atau penyandang dana. hal ini dilakukan dengan suatu harapan agar kebijakan kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok tersebut akan memiliki efek/dampak serta pengaruh bagi sasaran sekunder maupun sasaran primer dan usaha ini sejalan dengan strategi advokasi.

#### 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. Progam 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, meliputi:

- a. Promosi Kesehatan (health promotion)

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

- b. Perlindungan Khusus (specific protection)

Berupa upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, dan peningkatan keterampilan remaja untuk

mencegah ajakan menggunakan narkotik, dan penanggulangan stress.

2) Pencegahan Sekunder

- a. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment). Tujuan utama tindakan ini mencegah penyebaran penyakit jika penyakit ini merupakan penyakit menular, mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi cacat
- b. Pembatasan kecacatan (*disability limitation*). Pada tahap ini, cacat yang terjadi diatasi, terutama agar penyakit tidak berkelanjutan hingga mengarah pada cacat yang lebih buruk

3) 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 mempengaruhi kesehatan mereka.
- b. *Participative* (partisipasi) yaitu dimana seseorang mengambil bagian aktif dalam pengambilan 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 di dapat oleh klien.
- e. *Intersectoral* (antar sektor) yaitu bekerja 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 bekerja pada sejumlah strategi daerah seperti program kebijakan.

Sedangkan menurut Michael, dkk, 2009 Prinsip-prinsip promosi kesehatan antara lain sebagai berikut:

- 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 factor 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 kontinue 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* (pemberdayaan), *partisipatif* (partisipasi), *holistic* (menyeluruh), *Equitable* (kesetaraan), *intersectoral* (antar sektor), *(sustainable)* berkelanjutan dan multi strategi.

### D. Evaluasi

1. Sebutkan tujuan dari promosi kesehatan ?
2. Sebutkan sasaran promosi kesehatan ?
3. Prinsip-Prinsip Promosi 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 2012

Maulana, Herry.( 2007 ). Promosi Kesehatan. Jakarta : EGC

Notoatmodjo, Soekidjo.( 2003 ). Pendidikan dan Prilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

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

## BAB IV ADVOKASI PROMOSI KESEHATAN

*Kartina, S.KM, M.Si.*

### A. Tujuan Pembelajaran

Kurang berhasil atau kegagalan suatu program kesehatan, sering di sebabkan oleh karena kurang atau tidak adanya dukungan dari para pembuat keputusan. Untuk memperoleh atau meningkatkan dukungan atau komitmen dari para pembuat kebijakan, termasuk para pejabat lintas sektoral diperlukan upaya disebut advokasi. Dalam kaitan dengan promosi kesehatan, advokasi memiliki peran yang sangat besar dalam meningkatkan keberhasilan program kesehatan. Dalam bab ini ini akan dibahas tentang pengertian , tujuan serta langkah-langkah dalam melaksanakan advokasi yang baik. Tujuan yang diharapkan mahasiswa dapat memahami arti dari advokasi, memahami hubungan advokasi dalam promosi kesehatan dan dapat menganalisis strategi yang baik dalam melakukan advokasi.

### B. Materi

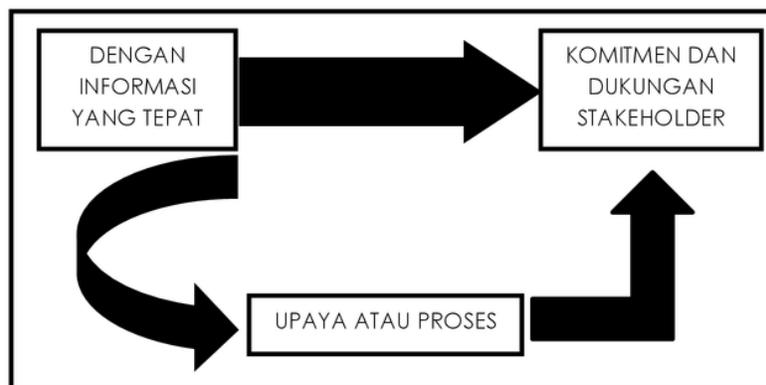
#### 1. Pengertian

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan dibidang hukum atau pengadilan. Seseorang yang sedang tersangkut perkara atau pelanggaran hukum, agar memperoleh keadilan yang sesungguhnya. Mengacu kepada istilah advokasi dibidang hukum tersebut, maka advokasi dalam kesehatan diartikan upaya untuk memperoleh pembelaan, bantuan, atau dukungan terhadap program kesehatan.

Menurut Webster Encyclopedia advokasi adalah "*act of pleading for supporting or recommending active espousal*" atau tindakan pembelaan, dukungan, atau rekomendasi : dukungan

aktif. Menurut ahli retorika (Foss and Foss, et al : 1980) advokasi diartikan 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 bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif. Dari beberapa catatan tersebut dapat disimpulkan secara ringkas, bahwa advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat. Sehingga advokasi dapat diilustrasikan sebagai berikut :

Gambar IV.1. Proses Dan Arah Advokasi



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

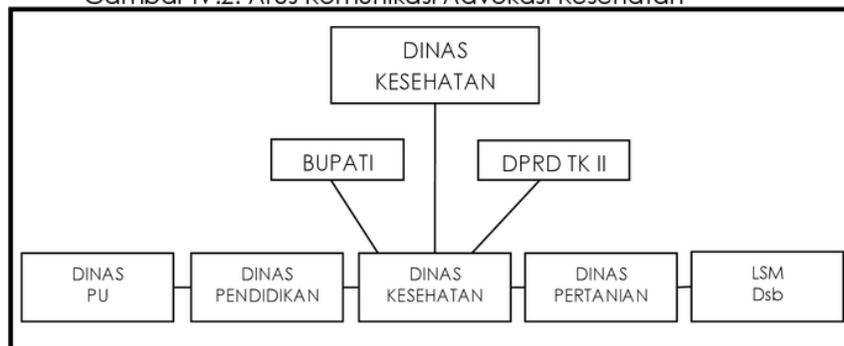
Strategi global ini dimaksudkan bahwa, dalam pelaksanaan suatu program kesehatan didalam masyarakat, maka langkah yang di ambil adalah:

- a. Melakukan pendekatan / lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan "committed". Dan akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam kesehatan para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah ini disebut sasaran tersier.
- b. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat setempat ini mempunyai kemampuan seperti yang 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 ini berperilaku positif 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 di artikan sebagai upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, orang yang menjadi sasaran atau target advokasi ini para pimpinan suatu organisasi atau institusi kerja baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi kemasyarakatan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan (tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan dan kelurahan)

Dalam advokasi peran komunikasi sangat penting sebab dalam advokasi merupakan aplikasi dari komunikasi interpersonal, maupun massa yang di tujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decission makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial.

Disektor kesehatan dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, sasaran advokasi adalah pimpinan eksekutif termasuk Presiden dan legislatif, serta para pimpinan sektor lain yang terkait dengan kesehatan di semua tingkat administrasi pemerintahan, seperti tersebut diatas. Arah komunikasi dalam advokasi kesehatan dapat secara vertikal, yakni para pejabat diatas jenjang administrasi sektor kesehatan, maupun horizontal, yakni para pejabat lintas sektoral yang setara dengan sektor kesehatan yang bersangkutan. Misalnya, advokasi yang harus dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten secara vertikal adalah kepada Bupati, anggota DPRD Kabupaten, dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan advokasi horizontal dapat dilakukan kepada para pejabat lintas sektor terkait dengan 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 IV.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 kepada sasaran harus disusun sedemikian rupa sehingga jelas, baik isinya maupun bahasa yang digunakan.
- b. Benar (*correct*): apa yg disampaikan (pesan) harus didasarkan kepada kebenaran. Pesan yang benar adalah pesan yang disertai fakta atau data empiris.
- c. 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.
- d. Lengkap (*complete*): timbulnya kesalahpahaman atau mis komunikasi adalah karena belum lengkapnya pesan yang disampaikan kepada orang lain.
- e. Ringkas (*concise*) : pesan komunikasi harus lengkap, tetapi padat, tidak bertele-tele.
- f. Meyakinkan (*convince*) : agar komunikasi advokasi kita di terima oleh para pejabat, maka harus meyakinkan, menggunakan bahasa kepentingan pembuat kebijakan agar komunikasi advokasi kita diterima.
- g. Kontekstual (*contextual*): advokasi kesehatan hendaknya bersifat kontekstual. Artinya pesan atau program yang akan diadvokasi harus diletakkan atau di kaitkan dengan masalah pembangunan daerah bersangkutan. Pesan-pesan atau program-program kesehatan apapun harus dikaitkan dengan upaya-upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat pemerintah setempat.

- h. Berani (*courage*): seorang petugas kesehatan yang akan melakukan advokasi kepada para pejabat, harus mempunyai keberanian berargumentasi dan berdiskusi dengan para pejabat yang bersangkutan.
- i. Hati-hati (*contious*): meskipun berani, tetapi harus hati-hati dan tidak boleh keluar dari etika berkomunikasi dengan para pejabat, hindari sikap "menggurui" para pejabat yang bersangkutan.
- j. 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 berkaitan dengan program-program kesehatan.

## 2. Prinsip Dasar Advokasi

Advokasi adalah kombinasi antara 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 kegiatan advokasi yang efektif memerlukan argumen yang kuat. Oleh sebab itu, prinsip-prinsip advokasi ini akan 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* dan *sistem support*.

- a. Komitmen politik (*political comitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau alat penentu kebijakan di tingkat dan disektor manapun terhadap permasalahan kesehatan tersebut. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan.

b. Dukungan kebijakan (*policy support*)

Dukungan kongkrit yang diberikan oleh para pemimpin institusi disemua tingkat dan disemua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dilanjutkan dengan dikeluarkannya kebijakan kongkret dari para pembuat keputusan tersebut.

c. Penerimaan Sosial (*social acceptance*)

Penerimaan sosial, artinya diterimanya 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 memasukkan unit pelayanan atau program kesehatan 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 dan dukungan kebijakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat.

Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan itu semua ada bermacam-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 diwilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian dibahas bersama-sama, yang akhirnya 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 interes 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 yang ditawarkan.

Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, memerlukan argumentasi – argumentasi yang kuat. Dengan kata lain, berhasil tidaknya advokasi bergantung pada kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Dibawah ini ada beberapa hal yang dapat

memperkuat argumen dalam melakukan kegiatan advokasi, antara lain:

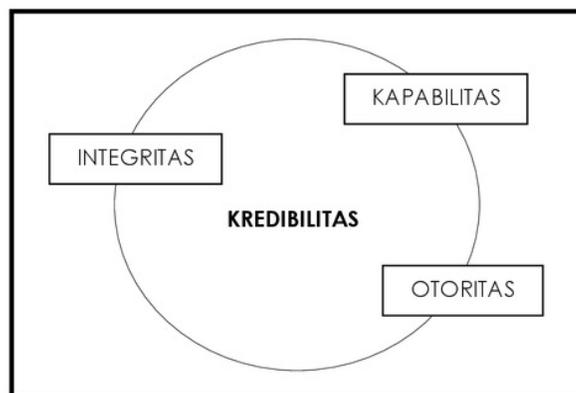
a. Kredibilitas (*Credible*)

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

Orang yang akan melakukan advokasi (petugas kesehatan) harus *credible*. Seseorang itu *Credible* 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 IV.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 akan

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 dan 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 dasar advokasi yaitu:

a. Penetapan tujuan advokasi

Agar upaya advokasi dapat berhasil tujuan, advokasi perlu dibuat lebih spesifik berdasarkan pertanyaan berikut : Apakah isu atau 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 Theory to Practice* halaman 183-184 di jelaskan dalam mencapai sebuah tujuan yang dalam advokasi ada 5 pertanyaan kunci :

1) Apa yang akan di lakukan ?

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 walikota, dewan kota, atau negara atau lembaga federal atau legislatif.

3) Apa yang harus didengar oleh audiens ?

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 audiens ?

Untusan mana yang dapat direkrut dan yang paling persuasif ? Sebuah kampanye advokasi membutuhkan campur tangan orang-orang yang dapat berbicara tentang pengalaman pribadi, orang-orang dengan otoritas yang diakui dan lain-lain. Atau orang-orang dengan daya tarik khusus sesuai dengan sasaran yang akan dituju.

5) Apa yang akan dilakukan untuk mencapai point yang diharapkan ?

Apa yang akan orang tanyakan? yang harus dilakukan untuk menyampaikan pesan? Pilihannya adalah banyak: orang bisa diminta untuk Lobi pejabat dengan sopan atau protes di depan kantor-kantor mereka, membuat sebuah artikel di koran, atau menghadiri pertemuan kota. Secara umum, tindakan terbaik 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. Seorang tokoh politik mungkin termotivasi kalau dia mengetahui bahwa banyak dari konstituen yang diwalikinya peduli terhadap masalah tertentu. Seorang 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 yang 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 hal yang relatif baru.

f. Membuat presentasi yang persuasif

Kesempatan untuk mempengaruhi khalayak sasaran kunci sering kali terbatas waktunya. Kecermatan dan kehati-hatian dalam menyiapkan argumen yang meyakinkan atau model/cara presentasi dapat mengubah 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 advokasi yang berkelanjutan dalam jangka panjang memerlukan waktu, energi dalam penggalangan dana atau sumber daya lain untuk menunjang upaya advokasi.

h. Evaluasi upaya advokasi

Untuk menjadi advokator yang tangguh diperlukan umpan balik berkelanjutan serta evaluasi atas upaya advokasi yang telah dilakukan.

#### 6. Pendekatan Utama Advokasi

Ada 5 pendekatan utama 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. Media juga sangat kuat dalam mempengaruhi persepsi 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 individu, 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 mobilisasi dimaksudkan agar termotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif

e. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas disini di maksudkan 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 oleh advokator masalah kesehatan masyarakat (Wise, 2001). Pemanfaatan media massa hampir selalu ada untuk mengangkat isu publik agar menjadi perhatian politisi. Media massa ini mencakup semua yaitu koran, media TV bahkan akhir-akhir ini sosial media dan internet sangat banyak dimanfaatkan di tingkat global. Di samping itu, rapat umum, pertemuan kelompok profesional, newsletter, even tertentu juga dapat 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 menyampaikan gagasan advokator di mana 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 penerima petisi.
- c. Debat, hal ini terjadi bila ada dua atau lebih individu yang berbeda pendapat tentang suatu masalah tertentu. Diperlukan satu orang 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 menerapkan 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 dan timbal balik dari waktu ke waktu.

## 8. Langkah-Langkah Advokasi

Advokasi adalah 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 sebagai berikut:

### a. Tahap persiapan

Persiapan advokasi yang paling penting adalah menyusun bahan (materi) atau instrumen advokasi.

### b. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan advokasi sangat tergantung dari metode atau cara advokasi. Cara advokasi yang sering digunakan adalah lobi dan seminar atau presentasi.

### c. Tahap penilaian

Seperti yang disebutkan diatas bahwa hasil advokasi yang 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 menggunakan indikator-indikator seperti dibawah ini:

#### 1) *Software* (piranti 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, sarana atau prasarana program dan sebagainya.

### C. RANGKUMAN

Advokasi secara harfiah 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 yang 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 advokasi menurut WHO? Jelaskan.
- c. Sebutkan 5 kiat khusus agar komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan menjadi efektif? Jelaskan
- d. Sebutkan dan jelaskan tujuan Advokasi secara inklusi?
- 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 dalam memilih pertolongan persalinan pada dukun ternyata dipengaruhi anggapan bahwa tenaga kesehatan (bidan) masih sangat muda belum berpengalaman. Sebagai 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 samarinda. Sebagai seorang 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/01/P01*. Jakarta

## BAB V KEMITRAAN

Arrum Firda Ayu M., S.KM, M.Kes.

### 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 di berbagai institusi, keberhasilan kemitraan, serta evaluasi kemitraan

### B. Materi

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama 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 sebagai perwujudan dari kerja sama yang saling membantu, saling menguntungkan dan bersama-sama untuk meringankan pencapaian suatu tujuan yang telah mereka sepakati bersama.

#### 1. Definisi Kemitraan

Menurut Robert Davis dalam Notoatmodjo, ditarik suatu prinsip umum bahwa kemitraan adalah suatu kerja sama formal antar individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-

organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerja sama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Menurut batasan ini, 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.

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 pada hal-hal berikut :

- a. Kesamaan perhatian atau 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 dan 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, asas demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa 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 yang lain. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui 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 kepada nun 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

1. Unsur pemerintah. Unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain : kesehatan sebagai sektor kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industry dan perdagangan, dan sebagainya.
2. Dunia usaha atau unsur swasta (private sector) atau kalangan bisnis, yakni : dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan
3. Unsur organisasi nonpemerintah atau sering disebut ornop atau "non government organization" (NGO), yang meliputi dua unsur penting, yakni unsur LSM dan Ormas termasuk yayasan bisang 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. Memanfaatkan kegiatan mitra yang sudah berjalan
- c. Memanfaatkan tatanan budaya setempat
- d. Membentuk forum komunikasi kemitraan yang baru

#### **Berdasarkan tujuannya, 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 efisiensi kemitraan tidak maksimal
- c. *Complementary partnership* : pada kemitraan ini, *partner/mitra* mendapat keuntungan dan penambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti *program delivery* dan *resource mobilization*.

- d. *Synergistic Partnership* : kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian.

#### 5. Peran Mitra

Dalam kemitraan mitra 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 yang aktif
- e. Peserta kreatif : sebagai peserta kegiatan kemitraan yang kreatif
- f. Pemasok input teknis : memberi masukan teknis (program kesehatan)
- g. Dukungan sumber daya : memberi dukungan sumber daya sesuai keadaan, masalah dan potensi yang ada.

Contoh kemitraan :

Misalnya dalam kegiatan Posyandu, maka Camat sebagai dinamisator, TP PKK Kecamatan sebagai fasilitator, TP PKK Desa pendukung sumber daya, lintas sector sebagai pemasok dukungan sumber daya.

#### 6. Langkah Membangun Kemitraan

##### Tahap Membangun Kemitraan

Dalam membangun kemitraan, dilakukan melalui tiga tahap

- a. Kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri. Direktorat Promosi Kesehatan, kesehatan keluarga, P2M, lingkungan, gizi, dan sebagainya.

- b. Kemitraan lintas sector di lingkungan institusi pemerintahan : kementerian kesehatan, pendidikan nasional, pertanian, kehutanan dan sebagainya.
- c. Kemitraan lintas program, lintas sector, 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, dan adanya pembagian tugas yang tertulis.
- b. *Coalition*: terdapat kesepakatan formal, semua anggota turut terlibat di dalamnya, adanya sumber daya baru, dan ada anggaran bersama.
- c. *Partnership* : terdapat kontrak formal, ada 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 terikat dan tidak ada manfaat/ keuntungan yang didapat secara signifikan.

#### **8. Keberhasilan kemitraan**

- a. Adanya komitmen/kesepakatan bersama
- b. Adanya kerjasama yang harmonis
- c. Adanya koordinasi yang baik
- d. Adanya kepercayaan antar mitra
- e. Adanya kejelasan tujuan yang 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 6-8) :

1) *Mutual understanding*

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

2) *Securing trust*

Tidak ada kemitraan yang akan berhasil tanpa adanya kepercayaan. Membangun kepercayaan memerlukan 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.

3) *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.

4) *Finding Champions*

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

5) *Sharing Data*

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

6) *Recognizing contributions*

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

7) *Ensuring mutual benefit*

Kemitraan yang efektif akan terjadi ketika masing-masing mitra bekerja untuk tujuan bersama yang menguntungkan.

8) *Insuring productivity*

Pertemuan yang efisien perlu direncanakan untuk membantu pengambilan kebijakan dan memastikan semua aktivitas terlaksana. Dalam setiap pertemuan perlu dibuat adanya agenda dan tujuan-tujuan untuk menghasilkan kegiatan yang akan dilakukan, *timetables*, dan penanggungjawab. 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 dievaluasi 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 yang jelas terkait bentuk 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 tersebut.
- d. Outcome. Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

### C. Rangkuman

Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antar 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 government organization (NGO). Kemitraan dinyatakan berhasil jika ada komitmen bersama, kerja sama yang harmonis, koordinasi yang baik, kepercayaan antar mitra, kejelasan tujuan yang akan

dicapai, dan adanya kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing mitra.

#### **D. Evaluasi**

Jawablah soal di bawah ini dengan singkat dan jelas!

1. Apakah yang dimaksud dengan kemitraan?
2. Apa indikator keberhasilan kemitraan?
3. Sebutkan 4 prinsip kemitraan!

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

Mitchell, Marc. An Overview of Public Private Partnership in Health. Harvard School of Public Health.

Notoatmodjo, S., 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.

National Association of City and County Health Officials. 2008. Community health Partnerships: Tools and Information for Development and Support. US

## BAB VI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Lilik Hidayati S.KM, M.Kes

### 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

#### 1. Pengertian

Pada dasarnya kesehatan adalah kondisi seseorang yang tidak hanya terbebas dari penyakit fisik, namun kesehatan juga mencakup terbebasnya individu dari dari penyakit mental kejiwaan, penyakit sosial dan penyakit ekonomi. Oleh karena itu kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari sisi badaniah atau fisiknya, mental atau kejiwaannya dan sisi sosialnya saja, namun indikator kesehatan seseorang juga dinilai dari produktivitasnya atau dengan kata lain kemampuannya menghasilkan nilai ekonomi. Bagi seseorang atau individu kesehatan merupakan sesuatu yang sangat berharga, sehingga menjaga kesehatan merupakan kewajiban dan tanggung jawab setiap individu yang bersangkutan. Seringkali orang memberikan perumpamaan bahwa kesehatan bukanlah segalanya, namun tanpa kesehatan segalanya menjadi tidak ada artinya. Oleh sebab itu, setiap orang diharapkan mampu dan berdaya menjaga kesehatannya.

Kemampuan atau kemandirian (*self reliance*) dalam menjaga kesehatannya sendiri akan berdampak pada kesehatan masyarakat secara umum. Hasil dari upaya pemberdayaan seseorang atau masyarakat dalam bidang kesehatan adalah adanya kemandirian dari perorangan atau kelompok orang

(Masyarakat) dalam mencegah dan menjaga kesehatannya. Oleh sebab itu, sasaran utama dari promosi kesehatan adalah Pemberdayaan masyarakat, dan keberhasilan promosi kesehatan adalah kemandirian masyarakat. Dalam promosi kesehatan, konsep pemberdayaan masyarakat meliputi *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat). Pada tahapan selanjutnya diharapkan akan terwujud *Empowerment Group* (pembangunan yang digerakkan masyarakat).

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 kesejahteraannya. Dalam bidang kesehatan pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya untuk menumbuhkan keingintahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk menjaga, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri (Notoadmojo, 2007).

## 2. Batasan

Berdasarkan pengertian pemberdayaan masyarakat yang telah diuraikan sebelumnya, maka batasan pemberdayaan dalam bidang kesehatan meliputi upaya untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

a. Menumbuhkan kesadaran

Untuk menumbuhkan kesadaran masyarakat akan pentingnya mencegah dan menjaga kesehatan maka terlebih dahulu harus diberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui penyuluhan dengan berbagai macam cara atau metode yang ada.

b. Menumbuhkan kemauan

Kemauan merupakan salah satu faktor pendorong bagi seseorang untuk melakukan suatu hal dalam kehidupannya atau bisa dikatakan kemauan adalah energy penggerak bagi seseorang untuk bertindak. Kemauan masyarakat untuk melakukan upaya mencegah dan menjaga kesehatan perlu didorong dengan upaya promosi kesehatan yang dilakukan kontiyu. Hal ini disebabkan tumbuhnya kemauan dalam diri masyarakat biasanya muncul karena adanya stimulan atau rangsangan dari pihak lain.

c. Menumbuhkan kemampuan

Kemampuan merupakan kesanggupan atau kapasitas seseorang untuk melakukan suatu hal dalam hidup. Agar masyarakat mampu melakukan tindakan untuk mencegah dan menjaga kesehatannya maka perlu dilakukan upaya pemberian pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan kesehatan.

### 3. Tujuan

Di dalam promosi kesehatan, secara bertahap pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan bertujuan untuk :

- a. Menumbuh kembangkan kesadaran, pengetahuan dan pemahaman kepada individu, kelompok atau masyarakat terkait dengan upaya-upaya mencegah dan menjaga kesehatannya masing-masing. Pengetahuan dan kesadaran

tentang upaya mencegah, menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan merupakan langkah permulaan dari munculnya keberdayaan kesehatan. Kesadaran, pengetahuan dan pemahaman kesehatan merupakan fase awal yang menjadi dasar adanya kemampuan. Hal ini disebabkan karena kemampuan merupakan akumulasi dari hasil proses belajar, sedangkan belajar adalah suatu proses yang diawali dengan adanya *transfer knowledge* atau alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subyek belajar. Seseorang ataupun masyarakat yang memiliki kemampuan dalam melakukan upaya-upaya mencegah, memelihara dan meningkatkan kesehatan tentu saja akan melalui proses belajar mengenai hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan. Proses seseorang dalam belajar akan dimulai dengan diperolehnya informasi kesehatan melalui berbagai cara. Informasi tentang kesehatan ini akan memunculkan kesadaran dan kebutuhan akan kesehatan. Hasil dari belajar ini adalah peningkatan pengetahuan kesehatan. Beberapa contoh yang ada misalnya ada sekelompok orang atau masyarakat yang dengan kesadarannya secara mandiri berupaya untuk mencari dan mengumpulkan informasi kesehatan melalui berbagai media baik media cetak maupun elektronik. Seperti masyarakat sadar bahwa mengkonsumsi makanan dengan kandungan kolesterol yang tinggi akan menyebabkan bahaya bagi jantungnya, masyarakat sadar bahwa konsumsi makanan yang kotor menyebabkan diare, dan lain sebagainya.

- b. Memunculkan kemauan atau kehendak sehingga masyarakat mau bertindak. Kemauan merupakan tahap lanjutan setelah timbul kesadaran dan pemahaman terhadap kesehatan. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau praktek. Oleh sebab itu, seringkali kondisi semacam ini disebut sikap atau niat yang

dapat dijadikan indikasi mulai timbulnya suatu tindakan. Namun tidak jarang juga kemauan ini hanya berhenti pada kemauan saja. Sedangkan 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 mengetahui bahwa konsumsi jeroan dapat menyebabkan masalah kesehatan, maka mereka memiliki **niat** atau atensi untuk berhenti atau setidaknya berusaha mengurangi kebiasaan mengonsumsi jeroan.

- c. Memunculkan kemampuan atau kesanggupan masyarakat mencegah, memelihara dan menjaga kesehatannya. Hal ini memiliki arti bahwa masyarakat, baik secara individu maupun kelompok telah mampu mewujudkan kemauan atau niat mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku nyata untuk memelihara kesehatannya. Sebagai contoh masyarakat mewujudkan niat nya dengan **bertindak** menghentikan kebiasaan konsumsi jeroan yang selama ini sudah menjadi kebiasaan mereka.

Seseorang atau masyarakat dapat dikatakan sebagai masyarakat mampu secara mandiri di bidang kesehatan apabila mereka:

- 1) Mampu mempergunakan pengetahuan kesehatan yang mereka miliki sehingga mereka mampu melakukan identifikasi atau mengenali adanya masalah kesehatan. Di samping itu juga mampu mengetahui faktor-faktor yang diduga menjadi penyebab masalah kesehatan tersebut. Minimal mereka mampu mengenali:

- a) Masalah penyakit yang berbasis kesehatan lingkungan dan penyebabnya, sebagai contoh sampah dan BABS dapat menyebabkan masalah diare; kondisi rumah yang tidak sehat dapat menyebabkan ISPA, atau TB, dll
  - b) Masalah gizi baik kurang maupun lebih yang disebabkan karena konsumsi makan yang tidak seimbang. Masalah gizi kurang akan berdampak pada peningkatan risiko penyakit infeksi, sedangkan masalah gizi lebih akan berdampak pada peningkatan risiko penyakit degeneratif.
  - c) Masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksi seperti kesehatan reproduksi pada remaja, penggunaan alat kontrasepsi, serta kesehatan ibu dan anak (KIA/KB).
  - d) Masalah kesehatan dan keselamatan kerja (K3) pada pekerja dapat terjadi karena tidak sehatnya lingkungan tempat mereka kerja sehingga dapat menyebabkan masalah kesehatan. Lingkungan kerja yang tidak sehat misalnya kebisingan, penerangan kurang, ataupun peralatan kerja yang digunakan tidak ergonomis
- 2) Memiliki kemampuan untuk dapat mengatasi permasalahan kesehatannya sendiri, misalnya membentuk pos obat desa (POD) atau warung obat desa (WOD), membentuk sistem siap-antar-jaga untuk persalinan ibu, bank darah desa dengan cara memiliki data base golongan darah dan kesediaan mendonor warga desa, menanam TOGA (Tanaman obat keluarga), bergotong royong membersihkan lingkungan dengan melakukan gerakan jumat bersih, membentuk tabulin (tabungan untuk ibu bersalin), mengadakan arisan jamban sehat, menggerakkan posyandu, kadarzi (keluarga sadar gizi), dsb

- 3) Masyarakat mampu memelihara kesehatan mereka sendiri melalui upaya-upaya pencegahan terhadap kejadian masalah kesehatan. Misalnya untuk mencegah terjadinya diare masyarakat membangun jamban sehat dan merubah perilaku BABS, untuk mencegah terjadinya peningkatkan kasus DBD masyarakat melalui PSN, untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular masyarakat melakukan gerakan hidup sehat seperti konsumsi makanan rendah lemak namun tinggi serat dan olah raga bersama, dsb.
- 4) Masyarakat mampu meningkatkan derajat kesehatannya, misalnya melakukan menggerakkan pemantauan pertumbuhan anak melalui posyandu, senam sehat untuk lansia, gerakan masyarakat sadar hipertensi (Gemasatensi) untuk mencegah dan mengatasi terjadinya hipertensi di masyarakat, gerakan masak bersama makanan sehat dan bergizi untuk balita dan ibu hamil.

#### 4. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Prinsip pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan adalah adanya suatu upaya yang bertujuan untuk menumbuhkan serta mengembangkan kemampuan masyarakat sehingga mampu mengatasi, mencegah dan meningkatkan derajat kesehatan mereka dengan menggunakan sumber daya yang mereka miliki sendiri. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat bukan merupakan sesuatu yang dilakukan dan diberi dari luar. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses memampukan masyarakat dengan prinsip **dari, oleh dan untuk** masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri. Penjabaran dari, oleh dan untuk masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Prinsip **dari** adalah masyarakat mau secara sukarela mengali dan menggunakan sumber daya yang mereka miliki untuk

dapat melakukan upaya mengatasi, mencegah dan meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri. Misalnya masyarakat secara sukarela meminjamkan kendaraan yang mereka miliki sebagai ambulans desa, masyarakat secara sukarela bahu membahu menyediakan sarana dan prasarana untuk kegiatan olah raga bersama, gotong royong membersihkan lingkungan, dsb

- b. Prinsip **oleh** adalah masyarakat bersedia melakukan sendiri upaya-upaya untuk mengatasi, mencegah dan meningkatkan derajat kesehatannya. Misalnya masyarakat mau mengkonsumsi sayur dan buah, masyarakat melakukan gerakan 3 M di rumah mereka masing-masing, masyarakat tidak merokok, masyarakat tidak melakukan BABS, masyarakat bergotong royong membangun jamban, dsb.
- c. Prinsip **untuk** adalah hasil dari upaya yang telah dilakukan akan dinikmati sendiri oleh masyarakat. Misalnya hasil dari upaya PSN maka masyarakat akan terhindar dari penyakit DBD, kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayur akan menghindarkan masyarakat dari penyakit tidak menular, dsb.

Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan :

- a. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat.

Di dalam masyarakat terdapat berbagai sumber daya dan potensi yang dapat mendukung keberhasilan program – program kesehatan. Potensi tersebut dapat digolongkan dalam kelompok-kelompok yaitu :

- 1) Potensi sumber daya manusia

Masyarakat itu sendiri merupakan potensi yang dapat mendukung keberhasilan program kesehatan, karena masyarakat adalah pelaku utama dalam program kesehatan. Sumber daya manusia yang berkualitas seperti

memiliki pengetahuan dan sikap tentang kesehatan yang baik merupakan potensi yang besar dibandingkan dengan jumlah manusia yang banyak. Oleh karena itu, tingginya kualitas sumber daya manusia lebih menentukan keberhasilan program kesehatan dibandingkan jumlah manusia yang banyak.

2) Potensi sumber daya alam

Keberadaan sumber daya alam merupakan potensi yang memang sudah tersedia tanpa adanya upaya apapun yang dilakukan oleh masyarakat. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa potensi sumber daya alam yang ada di suatu masyarakat sudah tersedia dan perlu dikelola dengan baik, sehingga walaupun sumber daya alam tersedia namun masyarakat tetap perlu melakukan upaya untuk menjaga kelestariannya. Misalnya melimpahkan sumber air bersih di daerah pegunungan dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap air bersih, namun apabila masyarakat tidak menjaga kelestarian hutan maka sumber air bersih ini akan berkurang jumlahnya. Di samping itu, bagaimanapun melimpahnya potensi sumber daya alam, apabila tidak didukung dengan potensi sumber daya manusia yang memadai, maka tetap tidak akan memiliki manfaat apabila masyarakat tidak mampu mengelola sumber alam yang melimpah tersebut.

3) Potensi kondisi geografis.

Letak geografis tempat masyarakat tinggal merupakan potensi tersendiri yang dapat mendukung keberhasilan program kesehatan, namun tetap dibutuhkan kemampuan masyarakat untuk memanfaatkan potensi kondisi geografis tersebut. Misalnya masyarakat yang tinggal di daerah pantai akan tercukupi ketersediaan protein dari ikan laut

asal masyarakat mau memberikan ikan tersebut kepada balitanya. Masyarakat yang tinggal di daerah pegunungan akan tercukupi kebutuhan seratnya apabila masyarakat mau mengkonsumsi sayuran yang dihasilkan.

b. Mengembangkan gotong royong masyarakat.

Potensi masyarakat yang ada tidak akan tumbuh dan berkembang dengan baik tanpa adanya upaya saling tolong menolong diantara masyarakat itu sendiri. Kebiasaan gotong royong merupakan potensi yang dapat ditumbuhkembangkan di dalam masyarakat itu sendiri. Peran petugas kesehatan dalam gotong royong masyarakat adalah memberikan dukungan dan memfasilitasinya melalui pendekatan pada masyarakat itu sendiri serta pada masyarakat sebagai simpul penggerak masyarakat.

c. Menggali kontribusi masyarakat.

Menggali dan mengembangkan potensi masing – masing anggota masyarakat agar dapat berkontribusi sesuai dengan kemampuan terhadap program atau kegiatan yang direncanakan bersama. Kontribusi masyarakat merupakan bentuk partisipasi masyarakat dapat berupa kontribusi tenaga, pemikiran atau ide, dana, bahan bangunan, ataupun fasilitas – fasilitas lain untuk mendukung upaya peningkatan derajat kesehatan. Program kesehatan dapat diberikan sebagai upaya stimulasi atau rangsangan untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan masyarakat untuk memberikan kontribusinya.

d. Menjalin kemitraan atau jejaring kemitraan

Jalinan kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta, pendidikan maupun NGO/ LSM ( lembaga swadaya masyarakat), serta individu penting untuk dipertemukan dan dipersatukan sebagai suatu potensi dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama yang disepakati. Dukungan dari jejaring kemitraan sangat penting peranannya

dalam membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat.

e. Desentralisasi

Pada dasarnya atau pada hakikatnya upaya yang dilakukan dalam proses pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk mengembangkan potensi daerah atau wilayahnya. Oleh karena itu, segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional yakni masyarakat setempat sesuai dengan budaya masing-masing masyarakat.

### 5. Ciri Pemberdayaan Masyarakat

Ciri mendasar agar suatu program atau kegiatan dapat dikategorikan sebagai upaya pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dan dimulai dari bawah atau masyarakat dan tidak ada perintah dari atas (non-instruktif). Proses kegiatan yang dilakukan juga harus mampu memelihara, memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan. Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut bermacam-macam, antara lain sebagai berikut :

a. Tokoh atau pimpinan masyarakat (*Community leader*)

Dalam suatu organisasi seperti kelompok masyarakat dimanapun keberadaannya baik di wilayah perkotaan, pedesaan, pantai ataupun pergunungan, kelompok masyarakat miskin, maupun kelompok masyarakat kaya secara alami perlahan-lahan pasti akan ada pimpinan atau masyarakat yang ditokohkan. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal yang merupakan alat kelengkapan Negara dalam mengelola masyarakat seperti bupati, camat, lurah, ketua RT/RW, maupun yang bersifat informal seperti kader, ustadz, pendeta, ataupun kepala adat.

Pemimpin ataupun tokoh masyarakat ini biasanya akan dijadikan panutan dan rujukan oleh anggota masyarakat yang lainnya. Oleh karena itu, pada tahap awal proses pemberdayaan masyarakat, maka sangat penting bagi petugas kesehatan untuk terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat.

b. Organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam suatu masyarakat terdapat organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya kelompok pengajian, PKK, karang taruna, koperasi-koperasi dan sebagainya. Keberadaan organisasi-organisasi kemasyarakatan ini dapat dimanfaatkan sebagai sarana atau media untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam program kesehatan atau dalam rangka upaya pemberdayaan masyarakat.

c. Pendanaan masyarakat (*Community Fund*)

Kontribusi masyarakat dalam pendanaan dalam bidang kesehatan merupakan salah satu upaya dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat. Misalnya masyarakat secara sukarela melakukan arisan jamban, atau bergotong royong mengulirkan dana yang dapat dipinjam saat ibu bersalin (Dasolin). Di samping itu, sebagaimana uraian pada pokok bahasan tentang dana sehat, maka secara ringkas dapat digarisbawahi beberapa hal sebagai berikut: "Bahwa dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak lama yaitu sejak tahun 1980-an sampai tahun 1990-an, dana sehat ini semakin meluas perkembangannya menjadi program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) dan saat ini sudah menjadi program pemerintah pusat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

d. Material masyarakat (*community material*)

Sumber daya alam merupakan salah satu potensi masyarakat. Setiap wilayah atau daerah memiliki sumber daya alam yang berbeda untuk dimanfaatkan sebagai suatu potensi pendukung keberhasilan program kesehatan.

e. Pengetahuan masyarakat (*community knowledge*)

Upaya promosi kesehatan terutama melalui penyuluhan kesehatan kepada masyarakat merupakan salah satu upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat.

f. Teknologi masyarakat (*community technology*)

Beberapa kelompok masyarakat ataupun komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya teknologi sederhana untuk menyalurkan air bersih dari mata air ke rumah-rumah warga, teknik sederhana pemberisihan atau penyaringan air bersih dengan menggunakan pasir atau arang, dsb.

#### 6. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat

a. Input

Input adalah modal dasar yang tersedia ataupun dimiliki oleh masyarakat. Input dalam masyarakat yang dapat mendukung keberhasilan program kesehatan meliputi SDM, dana, bahan-bahan, alat-alat serta adanya metode yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat. Misalnya untuk membuat bilik jamban, maka masyarakat dapat menggunakan rumpun pohon bambu yang tersedia di masyarakat.

b. Proses

Proses adalah jalannya pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan yang meliputi perencanaan dan pelaksanaan. Lingkup proses pemberdayaan masyarakat ini

meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.

c. Output

Output adalah hasil yang didapatkan dari kegiatan pemberdayaan masyarakat. misalnya jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkat pengetahuan, sikap dan praktek tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat.

d. Outcome

Outcome adalah dampak dari upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan. Outcome dari pemberdayaan masyarakat diharapkan mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi kesehatan.

## 7. Sasaran

a. Individu atau perseorangan

Pemberdayaan di bidang kesehatan dapat dilakukan terhadap individu atau perseorangan. Konsep yang mendasarinya adalah bahwa 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 terhadap keluarganya tersebut. Misalnya untuk masalah pemberian asupan makan yang bergizi maka sasaran dalam keluarga yang harus diberdayakan adalah ibu, sedangkan untuk merubah kondisi rumah menjadi sehat, maka sasaran dalam keluarga 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 atau posbindu.

d. Organisasi masyarakat seperti organisasi profesi, LSM, dll

Pemberdayaan masyarakat juga dapat dilakukan oleh organisasi profesi, organisasi masyarakat dan LSM.

e. Masyarakat umum

Kegiatan pemberdayaan masyarakat juga dapat diberikan atau dilakukan pada masyarakat umum.

**8. Jenis-jenis pemberdayaan masyarakat**

a. Posyandu

Posyandu pada dasarnya merupakan kegiatan yang dimiliki oleh masyarakat sebagai upaya untuk memantau pertumbuhan balita.

b. Posbindu

Posbindu didirikan oleh masyarakat sebagai upaya untuk memantau dan mengendalikan penyakit tidak meular pada lansia dan juga untuk menjaga derajat kesehatan lansia.

c. Polindes

Polindes didirikan masyarakat untuk membantu persalinan ibu di wilayah masyarakat setempat.

d. Dana Sehat

Dana sehat merupakan upaya pemberdayaan masyarakat untuk menyediakan dana yang dapat digulirkan pada saat masyarakat mengalami masalah dalam kesehatannya. Prinsip dana sehat ini diharapkan mampu meningkatkan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Prinsip

yang sama juga berlaku untuk tabulin, namun tabulin hanya dikhususkan untuk ibu bersalin.

e. Pos obat desa atau warung obat desa

Pos obat desa merupakan upaya masyarakat untuk menyediakan obat-obatan dasar seperti oralit sebagai upaya pertolongan pertama apabila terjadi kegawatdaruratan masalah kesehatan di masyarakat.

f. Poskestren

Poskestren adalah upaya pemberdayaan masyarakat di Pondok Pesantren yang merupakan upaya fasilitasi, agar warga pondok pesantren mengenal masalah kesehatan yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat sesuai situasi, kondisi dan kebutuhan setempat. Upaya fasilitasi tersebut diharapkan pula dapat mengembangkan kemampuan warga pondok pesantren untuk menjadi perintis/pelaku dan pemimpin yang dapat menggerakkan masyarakat berdasarkan asas kemandirian dan kebersamaan.

#### 9. Peran Serta Masyarakat Tentang Upaya UKBM

Beberapa wujud peran serta masyarakat (PSM) dalam program kesehatan pada dapat berbentuk sebagai berikut :

a. Sumber daya manusia

Setiap individu dalam masyarakat dapat berpartisipasi aktif dalam program kesehatan yang ada di masyarakat. Keikutsertaan individu secara aktif merupakan wujud dari peran serta masyarakat. Contoh peran serta individu dalam masyarakat di bidang kesehatan antara lain sebagai berikut :

- 1) Tokoh masyarakat yang berwawasan kesehatan, baik tokoh agama, tokoh adat, politisi, cendikiawan, artis/seniman, budayaan, pelawak, dan lain-lain.
- 2) Pemimpin masyarakat yang berwawasan kesehatan misalnya kepala daerah yang berwawasan kesehatan

dapat menerbitkan kebijakan-kebijakan yang mendukung tercapai keberhasilan program kesehatan. Contohnya kebijakan CFD (Car free day), larangan merokok, dsb.

- 3) Kader kesehatan, misalnya kader (posyandu, lansia, kesehatan lingkungan, kesehatan gigi, KB), dokter kecil, saka bakti husada, santri husada, taruna husada, dan lain-lain dapat menjadi motor penggerak pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
  - 4) Institusi/lembaga/organisasi masyarakat yang bergerak atau berwawasan kesehatan, misalnya komunitas remaja siaga kesehatan, komunitas seni berwawasan kesehatan, organisasi peduli lingkungan, dsb.
- b. Sumber daya lain yang dapat memberikan kontribusi pada pemberdayaan masyarakat misalnya tenaga, dana, fasilitas, dsb.

Bentuk lain peran serta masyarakat adalah semua jenis institusi, lembaga atau kelompok kegiatan masyarakat yang mempunyai aktivitas dan bergerak di bidang kesehatan. Beberapa contohnya adalah sebagai berikut :

- a. Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yaitu segala bentuk kegiatan kesehatan yang bersifat dari, oleh dan untuk masyarakat, yaitu :
  - 1) Pos pelayanan terpadu (posyandu)
  - 2) Pos pembinaan terpadu (Posbindu)
  - 3) Pos obat desa (POD)
  - 4) Pos upaya kesehatan kerja (Pos UKK)
  - 5) Pos kesehatan di Pondok Pesantren (poskestren)
  - 6) Pemberantasan penyakit menular dengan pendekatan PKMD (P2M-PKMD)

- 7) Penyehatan lingkungan pemungkitan dengan pendekatan PKMD (PLp-PKMD) sering disebut dengan desa percontohan kesehatan lingkungan (DPKL)
  - 8) Suka Bakti Husada (SBH)
  - 9) Tanaman obat keluarga (TOGA)
  - 10) Bina keluarga balita (BKB)
  - 11) Pondok bersalin desa (Polindes)
  - 12) Pos pembinaan terpadu lanjut usia (Posbindu Lansia/Posyandu Lansia)
  - 13) Pemantau dan stimulasi perkembangan balita (PSPB)
  - 14) Keluarga mandiri
  - 15) Upaya kesehatan masjid
- b. Lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang mempunyai kegiatan di bidang kesehatan. Banyak sekali LSM yang berkiprah dibidang kesehatan, aktifitas mereka beragam sesuai dengan peminatnya. Organisasi swadaya yang bergerak di bidang 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 (Notoadmojo, 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 disertai dengan faktor risiko, kemampuan mengatasi masalah kesehatan, kemampuan untuk mencegah, menjaga dan memelihara kesehatan, serta

kemampuan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Indikator keberhasilannya diukur melalui ketercapaian dari input, proses, output dan outcome. Sasaran dari pemberdayaan masyarakat adalah individu atau perseorangan, keluarga, kelompok masyarakat, organisasi masyarakat dan masyarakat umum.

#### D. Evaluasi

1. Jelaskan prinsip pemberdayaan masyarakat?
2. Jelaskan masing-masing indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat?
3. Berikan contoh dan penjelasannya tentang bentuk-bentuk pemberdayaan masyarakat di daerah Anda masing-masing?

#### E. Daftar Pustaka

Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia nomor 23 Tahun 1992

Peraturan menteri kesehatan no 1 tahun 2013 tentang poskestren

Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan, Soekidjo notoatmojo, rineka cipta, 2012

Promosi kesehatan, penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat, Warjana, Nuha Medika, 2017



## BAB VII METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Nur Rohmah, S.KM, M.Kes.

### A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa memahami metode dan 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 diskusi *focus group discussion*, pertemuan di balai desa, pertemuan di posyandu, dan lain-lain.

###### 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, melalui pertunjukan film, dan sebagainya.

###### 2) Berdasarkan Jumlah Sasaran yang Dicapai

###### 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 diperlukan 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 tertentu kepada kelompok sasaran, dapat memudahkan berbagai jenis penjelasan karena penggunaan bahasa 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 diikuti (Taufik, 2007)

(c) Praktik

Praktik langsung adalah cara untuk melihat tindakan yang dilakukan seseorang apakah sudah sesuai dengan yang diinstruksikan. Untuk mengetahui ketrampilan 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: pertunjukan 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 Memperhatikan

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

b) Metode Pendengaran

Dalam hal ini pesan diterima oleh sasaran melalui indera pendengar, umpamanya : penyuluhan lewat radio, pidato, ceramah, dan iklan melalui radio spot.

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 Setiawati (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 menyebarkan 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 komunikator untuk menyampaikan pesan atau informasi kesehatan agar lebih mudah dipahami, dimengerti dan diterima oleh sasaran. Suirakka 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, afektif, atau psikomotik.
  - 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 kebosanan, 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, mengingat 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 media yang bersifat informatif bagi dirinya. Seseorang yang semula tidak tahu menjadi tahu, dari yang jelas menjadi lebih jelas, ragu-ragu 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 aktivitas masyarakat yang tampak pada kegiatan sehari-hari. Efek ini dapat meliputi perilaku antisosial dan prososial. Antisosial atau perilaku agresi merupakan setiap bentuk yang diarahkan untuk merusak atau melukai orang lain, sedangkan prososial 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 dibagi menjadi tiga, yaitu visual aids, audio aids, dan audiovisual aids.

- 1) *Visual aids* merupakan alat bantu lihat digunakan untuk membantu menstimulasi indera penglihatan pada proses pendidikan kesehatan. *Visual aids* ini 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.

#### Media Cetak atau Grafis

Gambar 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 Bensley 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 dan dapat dengan mudah dibaca 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 VII.1 Contoh Poster Kesehatan



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

Gambar VII.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 VII.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 VII.4 Contoh Buletin

## Media Elektronik

1) Media elektronik merupakan kumpulan berbagai media informasi yang diproduksi dan disampaikan kepada sasaran melalui alat-alat elektronik. Adapun beberapa jenis media elektronik adalah 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 subtopik pembahasan.
  - (5) Perlu memperhatikan komposisi warna, keseimbangan (tata letak), keharmonisan dan kontras 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 verbalistik.
  - (2) Media audiovisual dapat mengatasi keterbatasan waktu, jarak, serta daya indera peserta didik maupun komunikator.
  - (3) Dapat digunakan secara tepat dan variatif.

#### Media Luar Ruang

Media periklanan luar ruangan merupakan salah satu media yang diletakkan 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 ndalam membuat keputusan atas 3 dasar yaitu sasaran, waktu dan biaya. Berikut merupakan jenis- jenis media luar ruang menurut Johnson, dkk (2013):

- 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. Ada juga mobile billboard yaitu billboard yang berjalan ke sana ke mari karena dipasang di mobil (iklan berjalan).



Gambar VII.5 Con



Gambar VII.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 VII.7 Contoh Spanduk

- c) Umbul-umbul: merupakan media pendukung, penunjuk 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

VII.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 4.9 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 VII.10 Contoh Neonbox

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



Gambar VII.11 Contoh

#### Media Sosial dan Internet

Media sosial merupakan situs atau layanan daring (*online*) yang memungkinkan penggunaanya 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 berbagi catatan atau pandangan penggunaanya tentang beragam hal. Penggunaanya lazim disebut sebagai narablog (*blogger*). Contoh: WordPress, Blogger.



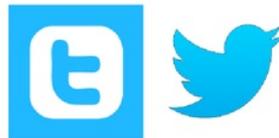
b) Layanan jejaring sosial (*social network*)

Jenis layanan yang fokus pada terbangunnya jejaring di antara penggunaanya untuk saling berbagi pesan, informasi, foto, atau video. Model relasi antar penggunaanya yang lumrah berbentuk pertemanan dengan cara saling *Add* atau *Connect*. Contoh: Facebook, LinkedIn.



c) Layanan blog mikro (*microblogging*)

Meski kegunaannya serupa dengan layanan jejaring sosial, tapi jenis media ini lebih ringkas, hingga memengaruhi alur interaksinya yang jadi lebih cepat dibandingkan blog. Contoh: Twitter.



d) Layanan berbagi media (*media sharing*)

Kedua media ini tergolong dalam jenis media yang fokus utamanya adalah untuk berbagi konten media seperti foto, audio, atau video. Contoh lain: Instagram, Flickr.



e) Layanan forum

Media ini merupakan layanan yang dapat dijadikan sebagai media untuk memperbincangkan hal atau topik spesifik dengan pengguna lain di dalam ruang diskusi. Contoh: Kaskus, Quora.



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.



#### 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, diterima oleh mereka, dan 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 kelompok umur. Secara tradisional media ini dikenal sebagai pembawa tema. Disamping itu, ia memiliki potensi yang besar bagi komunikasi persuasif, komunikasi tatap muka, dan umpan balik yang segera. Ranganath juga mempercayai bahwa media tradisional dapat membawa pesan-pesan modern hingga pesan kesehatan. Media tradisional sering disebut sebagai bentuk folklor. Bentuk-bentuk folklor tersebut antara lain:

- a) Cerita prosa rakyat (mite, legenda, dongeng)
- b) Ungkapan rakyat (peribahasa, pemeo, pepatah)
- c) Puisi rakyat
- d) Nyayian rakyat
- e) Teater rakyat
- f) Gerak isyarat (memicingkan mata tanda cinta)

- g) Alat pengingat (mengirim sirih berarti meminang); dan
  - h) Alat bunyi-bunyian (kentongan, gong, bedug dan lain-lain).
- Ditinjau dari aktualitasnya, ada seni tradisional seperti wayang purwa, wayang golek, ludruk, kethoprak, 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 oleh suatu televisi swasta.



Gambar VII.12 Contoh Kesenian Tradisional

#### Uji Coba Media

##### a) Pengertian Uji Coba Media

Media pendidikan merupakan komponen yang penting dalam upaya promosi dan pendidikan kesehatan. National Institutes of Health dalam Froh (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 Froh (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.

b) Tujuan Uji Coba Media

Uji coba media menurut Suraoka 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 I froh (2014) juga menjelaskan bahwa daya tarik, pemahaman, penerimaan, dan keterlibatan diri (*self involvement*) selain itu dijelaskan bahwa uji coba media bertujuan untuk:

- (1) Membantu dalam menentukan alternatif perubahan bentuk media yang lebih diminati oleh sasaran.
- (2) Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan desain media yang diproduksi.
- (3) Menentukan secara sistematis materi komunikasi yang efektif dapat diterima oleh sasaran baik dalam bentuk versi yang sama ataupun berbeda.
- (4) Ditambahkan pula oleh Suraoka 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.

c) 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 yang percaya mengenai hasil uji coba tersebut (Dimarsetio, 2010).

Dalam menentukan jumlah sasaran uji coba, Bertrand (1978) menjelaskan bahwa jika target sasaran uji coba media 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 sangat 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:

(1) *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 diwawancarai setelah diberikan media tersebut. Kelemahan situasi ini adalah proses uji coba tidak dapat dikontrol oleh petugas 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 itu metode *natural setting* memerlukan waktu yang lebih panjang dan memakan dana yang relatif besar.

(2) *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:

- (a) Proses pelaksanaan uji coba dapat dikendalikan oleh petugas komunikator.
- (b) Waktu yang digunakan relatif lebih singkat dan dana yang digunakan relatif lebih hemat.
- (c) 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 menjadi berdasarkan teknik komunikasi, jumlah sasaran yang dicapai dan indera penerima. Sedangkan media promosi kesehatan adalah segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi.

Beberapa kriteria dalam memilih media yang efektif, yaitu (1) kesesuaian media dengan tujuan yang ingin dicapai, misalnya untuk mengubah ranah kognitif, afektif, atau psikomotik (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
  4. Baliho
  5. Majalah
2. Manakah yang termasuk dalam media elektronik?
  - a. Billboard
  - b. Flip Chart
  - c. Baliho
  - d. Multimedia quiz
  - 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 disebut 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 one 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 Nova S. Handayani). EGC: Jakarta
- Bertrand, Jane. 1978. *Communication Pretesting*. 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 Metode 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 Bidang Koordinator Puskesmas di Kabupaten Garut Tahun 2010*. Skripsi. FKM UI. Tidak dipublikasikan

- lfroh, 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
- lfroh, 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
- Suiraka, 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 VIII** **DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU**

*Kusyogo Cahyo, S.KM, M.Kes*

### **A. Tujuan Pembelajaran**

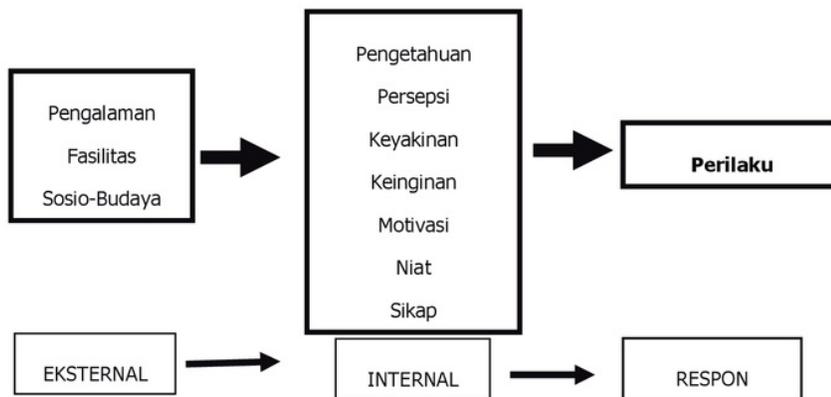
1. Memahami pengertian determinan dan perilaku kesehatan
2. Memahami konsep determinan dan perilaku kesehatan

### **B. Materi**

#### **1. 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 , sarana fisik , sosio - budaya masyarakat , dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat diilustrasikan seperti pada gambar 8.1



Gambar VIII.1 Proses Terbentuknya Perilaku

## 2. 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 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 yang 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).**

### a. Pengenalan (Kognisi)

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

1) Melalui indra :

Mengenal objek melalui indra terdiri dari dua tahap, yakni diluar dan dipusat. Pengenalan objek terdiri diluar artinya terjadi karena pengindraan dan pengamatan. Artinya, proses ini 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 saraf pusat, dan saraf pusat akan mengolah sehingga terjadi pengenalan oleh manusia terhadap objek tersebut.

2) Melalui akal :

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

- a) Membentuk pengertian
- b) Membentuk pendapat
- c) 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**

#### **1) 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.

**a) 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:

(1) 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:

(a) *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 menyayi “Burung kakak tua .....”, pasti akan mudah melanjutkan sampai nyanyian anak tersebut berakhir .

(b) *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.

(c) *Hukum kebersamaan*, artinya hal-hal yang sama merupakan *gestalt*. Misalnya, di antara murid sekolah yang menggunakan seragam putih biru, ada beberapa murid yang menggunakan celana

hitam, tetapi secara *gestik* akan terlihat sama memakai seragam sekolah .

(2) Melihat dalam , yakni melihat objek berdimensi tiga.

(3) Melihat warna

Dari sudut pandangan psikologi ada dua 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 . Sedangkang warna hitam akan memberikan efek psikologis , keheningan, kemasgulan , dan keprihatinan.

(b) Nilai lambang warna

Warna mempunyai sifat – sifat potensial dalam abstrak, dan member kesan tertentu kepada seseorang hingga 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 senggga 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 pengecapan hanya sebagai faktor penunjang dalam proses pembelajaran , pendidikan atau pembentukan perilaku.

Relevansinya 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 sesuatusetelah melihat, dan ada yang mempunyai tipe dengar, dan sebagainya. Oleh karena itu maka seseorang dalam berkomunikasi untuk pembentukan atau perubahan perilaku harus berusaha member stimulus indra sasaran sebanyak mungkin. Untuk hal ini maka penggunaa alat bantu dengar lihat ( audio vesual aids ) atau media audio – visual 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 I see it I remember, if I do it I know ( I understand ). Prinsip ini menuntut pengembangan alat – alat bantu atau 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 pada 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) Perhaian tidak intensif , perhatian yang intensitasnya rendah misalnya mendengarkan ceramah sambil membaca Koran.

Prinsipnya, makin banyak kesadaran yang menyertai suatu kegiatan atau aktivitas maka makin intensif perhatiannya, dan makin sedikit kesadaran yang menyertai suatu kegiatan atau aktivitas maka makin tidak insentif 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 perhatian

- (1) Pandangan dari segi objek :

Dilihat dari segi objek yang diperhatikan maka hal – hal yang menarik perhatian ialah hal – hal yang lain dari 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 adalah 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 pembiasaan perilaku antara lain sebagai berikut :

- a) Hasil penelitian membuktikan bahwa prestasi belajar berhubungan dengan intensitas perhatian. Oleh karena itu para pelaku pendidikan atau pratisi promosi kesehatan harus mengusahakan agar sasaran mempunyai perhatian yang intensif terhadap setiap kegiatan pembelajaran dalam rangka perubahan atau pembentukan perilaku.
- b) 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.
- c) Dalam proses pembelajaran perubahan perilaku kesehatan sebagai besar sasaran menggunakan perhatian yang di senaja. 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 membentuk 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 :

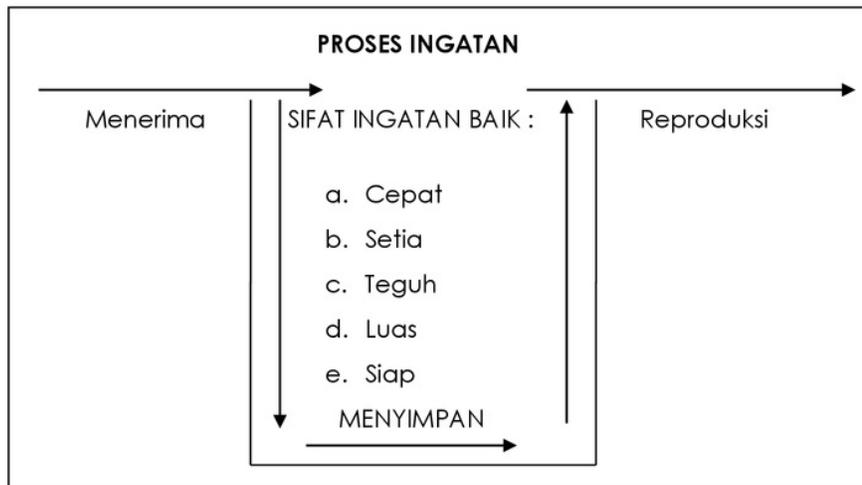
- a) Dengan fantasi maka orang dapat melepaskan diri dari ruangan dan waktu sehingga orang dapat memahami apa yang terjadi di tempat lain dan pada waktu yang lain.
- b) Dengan fantasi maka orang dapat menempatkan diri dalam kehidupan pribadi orang lain sehingga ia dapat memahami sesama manusia , serta dapat memahami kebudayaan orang lain dan lain – lain masalah kemanusiaan pada umumnya.

- c) Dengan fantasi, orang dapat melepaskan diri dari kesukaran yang dihadapi sertamelupakan hal – hal yang tidak menyenangkan di masa yang lalu.
- d) Dengan fantasi orang dapat menciptakan sesuatu yang di inginkan , dan berusaha mencapainya.

**5) Ingatan**

Ingat adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan , dan memproktuksikan 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 VIII. 1 Proses Ingatan**

a) Mencamkan

Dalam hubungannya dengan proses pembelajaran perilaku kesehatan maka 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 pencaman (pemahaman).
  - (2) Melakukan pembagian waktu pemahaman (belajar) yang tepat akan menambah pemahaman. Belajar secara borongan, dan sekaligus dalam jangka waktu yang lama pada umumnya kurang menguntungkan.
  - (3) Belajar dengan menggunakan metode belajar yang tepat akan mempertinggi pencaman. 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.
- (1) Mnemonik teknik atau titian ingatan, yakni dengan upaya memudahkan untuk mengingat yang dipelajari, memudahkan pencaman atau pengingatan. Misalnya untuk mencamkan teori Roger dalam perubahan perilaku dengan singkatan AIEETA (Awareness, Interest, Evaluation, Trial, dan Adoption).
  - (2) Penggolongan kesatuan dalam skema atau ilustrasi. Prinsip ini dilakukan dengan menggunakan bagian – bagian atau ikhtisar – ikhtisar.

b) Retensi

Retensi adalah satu pengertian untuk mengingat dan lupa. Mengingat dan lupa sebenarnya adalah satu dan sama dilihat dari sudut yang berlainan, 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 proposi 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 diingatakan 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 pegangan 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 semacam kekuatan yang menyebabkan bahwa apabila salah satu dari tanggapan lain dan membawanya ke dalam kesadaran.

Aristoteles merumuskan hukum – hukum asosiasi itu sebagai berikut.

(1) Hukum sama saat serentak

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

(2) Hukum berturutan

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

(3) Hukum kesamaan

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

(4) 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.

(5) Hukum sebab – akibat

Tanggapan – tanggapan yang mempunyai hubungan sebab akibat akan saling berasosiasi. Misalnya, melihat daerah slumatau 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, berpikir merupakan proses pengenalan melalui akal. Berpikir adalah aktivitas yang sifatnya idealistis yang mempergunakan abstraksi- abstraksi (ideas). Dalam berpikir, orang meletakkan hubungan antara bagian – bagian informasi yang ada pada dirinya yang berupa pengertian – pengertian.

##### a) Proses berpikir

Dalam berpikir ada prosesnya. Proses inilah yang disebut jalan pikiran atau logika. Pada prinsipnya proses berpikir 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 membantu 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 penting adalah memberikan pengertian – pengertian kunci yang fungsional. Pengertian akan kunci yang fungsional ini akan meningkatkan kemampuan berpikir sasaran atau masyarakat.

- (4) Metode pemecahan masalah sangat penting di kembangkan karena sangat cocok untuk mengembangkan kemampuan berpikir seseorang.
- (5) Pengetahuan yang siap pakai sangat membantu seseorang untuk berpikir dengan cepat dan tepat.
- (6) Penggunaan diagram, peta, ikhisar, serta alat peraga lainnya akan sangat membantu dalam berpikir.

**b. 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 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 hal yang sama dinilai tidak menyenangkan atau tidak baik. Oleh sebab itu unsur – unsur perasaan atau emosi itu mempunyai ciri-ciri :

- 1) Bersifat subjektif.
- 2) Bersangkut-paut dengan persepsi terhadap objek atau fenomena yang diamati/dikenal.
- 3) 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 baik sampai dengan sangat baik sekali.

#### **Faktor – faktor Emosi**

Perasaan atau emosi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, yakni :

##### 1) 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 suasana yang berbeda satu dengan yang lainnya. Bagi orang-orang yang terganggu kesehatannya atau merasa tidak enak badan, maka pertunjukan yang menghibur pun tidak dirasakan sebagai hiburan, dan dinilainya 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.

##### 2) 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. Dipihak yang lain ada orang yang perasaannya tidak mudah terbawa oleh arus lingkungan atau suasananya. Misalnya menyaksikan suatu pertunjukan yang lucu, respons orang-orang yang menyaksikan berbeda-beda. Ada sebagian orang merespons secara berlebihan dengan tertawa terpingkal – pingkal, tetapi ada kelompok orang

yang menerimanya biasa- biasa saja dan tersenyum saja tidak, dan sebagainya.

3) Kondisi dan situasi lingkungan :

Situasi dan kondisi lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan social 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).

**Reaksi Emosi**

Seperti telah disebutkan di atas bahwa perasaan atau emosi 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:

- 1) Terkejut adalah reaksi yang tiba – tiba, dan biasanya terjadi kalau stimulus dari luar tersebut datang secara tiba-tiba tanpa disadarinya.
- 2) Sedih adalah terjadinya rasa negatif, yakni apabila adanya kekosongan jiwa akibat suatu peristiwa atau kejadian yang tidak menyenangkan. Sedih terjadi karena adanya “truma” psikologis.
- 3) Gembira adalah terjadi karena rasa positif, yakni adanya peristiwa atau kejadian yang menyenangkan terkait dengan dirinya.
- 4) 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.

- 5) Miris adalah rasa takut sangat berat dan berlebihan.
- 6) Gelisah adalah rasa takut tetapi dalam tingkat yang masih ringan.
- 7) Khawatir adalah terjadinya perasaan kurang berdaya atau adanya rasa terancam terhadap kondisi atau situasi di luar dirinya.
- 8) Marah adalah suatu bentuk reaksi terhadap rintangan atau kemungkinan kegagalan yang akan dialami. Marah juga merupakan bentuk perlawanan terhadap eksistensi dirinya.
- 9) Heran adalah reaksi atau respons terhadap objek yang belum dipahami, atau respons terhadap kejadian di luar dirinya yang tidak seperti biasanya, atau daripada yang lain.

#### **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 menjadi tiga, yakni :

- 1) 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 akan ditinggalkan. Sebagai manifestasi tidak berfungsinya logika berpikir, 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.

2) Pengaruh terhadap jasmani dan fungsi tubuh.

Emosi dapat mempengaruhi keluarnya kelenjar-kelenjar pencernaan, sistem sirkulasi darah dan hormon, yang selanjutnya dapat mengganggu metabolisme dalam tubuh. Dengan terjadinya ketidaknormalan metabolisme ini sudah barang tentu akan terjadi gangguan fungsi tubuh, antara lain meningkatnya tekanan darah, terjadi gangguan pencernaan, berkurangnya daya konsentrasi sehingga mengakibatkan kesalahan – kesalahan bertutur kata, kesalahan bertindak, dan sebagainya.

**c. Konasi (Psikomotor).**

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

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

- 1) 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.

- 2) Konasi berhubungan dan diarahkan kepada tujuan tertentu, yakni perilaku tertentu. Misalnya seorang ibu berperilaku memeriksakan kehamilan (sebagai tujuan), maka digerakkan atau di arahkan oleh kehendak atau hasrat ibu tersebut yakni "kehendak untuk memeriksakan kehamilannya".
- 3) Konasi tidak dapat terpisahkan dengan kognisi dan emosi. Dengan perkataan lain konasi – emosi – kognisi merupakan garis linier. Contoh, seorang ibu yang berkehendak memeriksakan kehamilannya (konasi) tersebut, sebagai akibat dari emosi atau perasaan, yakni suatu penilaian bahwa periksa kehamilan itu bermanfaat baginya (emosi). Selanjutnya perasaan (emosi) atau penilaian yang baik atas periksa kehamilan tersebut didasarkan pada pengetahuan ibu tentang pentingnya atau manfaatnya periksa kehamilan (kognisi).

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

#### KEPRIBADIAN

Perilaku manusia, disamping didasari oleh sifat – sifat umum tersebut diatas, juga didasari oleh sifat – sifat khas individu, yakni kepribadian, intelengensi, dan bakat yang mana berbeda satu sama lain. Tidak ada seseorang 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 memaklumi 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, meskipun penggolongan tersebut masih belum tepat. Pada umumnya mereka menggolongkan kepribadian ke dalam tipe – tipe tertentu, yang selanjutnya disebut 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 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 dari tiga bagian, yakni fisik, psikis, dan sosial. 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 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, inteligensi, 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 MENINGAT 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 Suygg. 1959. *Individual Behavior*. New York, Evanston and London : Harper & Cow Publisher. Determinants of Behavioral Development.
- Glanz, Karen; Rimer K. Barbara; Viswanath K. 2008. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass Publisher.
- Monks, F. J; Hartup, Willard W; Wit, Jan de (Eds.). 1972. Academic Press Inc., US.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.

**BAB IX**  
**TEORI PERUBAHAN PERILAKU**  
*Yelli Yani Rusyani, S.KM, M.Kes.*

**A. Tujuan pembelajaran**

Diakhir bab ini, mahasiswa atau pembaca diharapkan mampu mengetahui, memahami teori perubahan perilaku dan aplikasinya dari teori H. L Blum, PRECEDE – PROCEED, SOR, Snehandu B Kar, WHO dan *Helath Belief Model*. Perilaku manusia merupakan resultan dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal.

Tujuan akhir yang diharapkan dari promosi kesehatan adalah adanya perubahan perilaku sasaran kearah yang lebih mendukung peningkatan status kesehatan. Saat ini perubahan perilaku ini menjadi sangat penting karena ada pergeseran pola penyakit yang menjadi penyebab kesakitan dan kematian baik ditingkat nasional maupun internasional. Teori perilaku yang akan di bahas pada BAB ini meliputi: H. L Blum, PRECEDE – PROCEED, SOR, Snehandu B Kar, WHO dan *Helath Belief Model*.

**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.



yang mempengaruhi kesehatan adalah lingkungan/tempat dimana 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 satu sama lain melalui ketergantungan mereka pada supra sistem, yaitu sumber-sumber alam (natural resources), keseimbangan ekologi (ecological balance), kependudukan (populasi), sistem budaya (cultural system), dan kepuasan hati manusia (human satisfaction). Blum menyebutnya sebagai **Force-field Paradigm**. Pusat diagram merupakan objek perhatian kita, yaitu kesehatan. Kesehatan direpresentasikan sebagai suatu keadaan yang tidak terpisahkan dan dapat berubah dari kesejahteraan psikis, sosial, dan fisik (somatik). Blum menyebutnya sebagai **Well-being Paradigm**.

#### **Health : The Quality of Functioning of The Person-Level System**

Sehat adalah berfungsinya semua 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 terpisahkan. "The person is physiologically-integrated and structured whole, composed of sub-systems. One receives (or feels) messages from the sub-systems 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 sociologically-integrated or directed sub-system observing and feeling the influences of the supra-organic levels of the homo-sapiens hierarchy. Because one interfaces or connects these two streams, he or she is most distinctively a feeling, psychological, thinking, 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-meaning 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 *dysfunctionality* dan *maladaptivity*) level-system manusia.

#### **HUBUNGAN ANTARA KESEHATAN DENGAN VARIABEL EKONOMI, SOSIAL, KULTURAL, DAN LINGKUNGAN FISIK**

- a. Kemiskinan (*poverty*), 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 dengan status kesehatan.
- b. Perkembangan dan fluktuasi ekonomi (*Economic Development 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 angka kematian bayi, kematian karena penyakit jantung dan nefritis kronik, sakit mental, alcoholism, bunuh diri, serta naiknya kasus kriminalitas.

c. Pendidikan (*education*)

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

d. Occupational Exposures and Job- Related Health

Secara umum lebih banyak orang yang meninggal pelan-pelan akibat paparan lingkungan kerja dibandingkan yang meninggal akibat kecelakaan kerja. Diperkirakan bahwa satu dari empat pekerja terpapar bahan berbahaya dan sedikitnya 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 %.

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

- a) Perumahan (*housing*), kepadatan (*crowding*), dan kepadatan penduduk (*population density*)

Kepadatan hunian kelihatannya memberikan pengaruh yang sangat kecil pada *well-being*, walaupun begitu dapat meningkatkan kekawatiran dan ketidakbahagian, terutama bila dalam hunian terdapat orang lain yang bukan keluarga (*non-kin*). Kepadatan penduduk dengan *crowding* sebagai komponennya 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, bronchitis, emphysema, dan kanker paru. Kematian akibat asma, bronchitis, emphysema, dan kanker paru lebih tinggi pada wilayah *urban* dibandingkan *rural*.

c) Lalulintas

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 dilaporkan telah meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler hingga 60 %. Kebisingan dapat mengganggu perkembangan psikologis dan kognitif, dan diyakini memberikan pengaruh terhadap sistem kardiovaskuler, endokrine, pernafasan, dan sistem pencernaan; serta meningkatkan tekanan darah. Bising

yang ditimbulkan pesawat terbang berkontribusi terhadap kematian akibat stroke, penyakit kardiovaskuler, cirrosis, kanker paru, bunuh diri, dan kecelakaan langsung. Kebisingan tingkat tinggi pada industri juga berhubungan dengan kehilangan pendengaran. Kebisingan menurunkan kemampuan sosialisasi dan sensitifitas dalam berhubungan dengan orang lain.

## 2) Stress

### a) Kepadatan penduduk atau wilayah

Kepadatan penduduk berkaitan dengan *crowding* dan kualitas interaksi sosial, sedemikian rupa sehingga sulit untuk 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 be 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 stress adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah dan hipertensi terkait dengan variasi dan kerasnya tekanan lingkungan kehidupan.

### c) Perubahan kehidupan (*live changes*)

Perubahan mungkin menyenangkan seperti menikah atau mendapatkan promosi, atau yang tidak menyenangkan seperti kematian anggota keluarga,

perceraian, atau kehilangan pekerjaan. Semuanya menimbulkan stress pada individu atau unit keluarga.

### **HUBUNGAN ANTARA KESEHATAN DENGAN PERILAKU DAN GAYA HIDUP**

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

a. 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.

b. Diet

Diet dan obesitas berhubungan dengan tekanan darah, serangan jantung, atherosklerosis, stroke, kanker traktus gastro intestinal, diabetes, penyakit liver dan kandung empedu, arthritis degeneratif pada pinggul, lutut, dan mata kaki, serta perlukaan (*injuries*).

c. Alkohol

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

d. Olah raga

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

- e. 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.
- f. Jaringan pendukung (*support networks*)  
Tidak adanya jaringan pendukung berhubungan dengan rendahnya status kesehatan pada janda, perceraian, perpisahan, dan orang yang hidup sendiri (*single person*).

#### **HUBUNGAN KESEHATAN DENGAN KONTRIBUSI GENETIK**

- a. Maladaptasi  
Peningkatan kejadian penyakit degeneratif pada masyarakat industri disebabkan karena sedikitnya waktu dan kesempatan yang dimiliki manusia untuk melakukan mutasi genetik dalam rangka menyesuaikan diri terhadap nutrisi, paparan, dan stresor baru. Penyakit yang dominan pada masyarakat industri seperti atherosklerosis, mungkin disebabkan hanya karena ketidakmampuan beradaptasi.
- b. Kondisi khusus (*specific condition*)  
Pada penyakit-penyakit khusus, ada data yang menggambarkan tidak hanya peran dari genetik dalam statistik tetapi juga penyediaan penyempurnan gen khusus dari berbagai kondisi penyakit dan kapasitas responnya terhadap faktor lingkungan. Banyak hal atas genetik yang menghalangi daya tahan tubuh atau metabolisme dari satu atau obat lain. Kegagalan toleransi obat dapat juga digolongkan sebagai penyakit.
- c. 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.

#### **HUBUNGAN ANTARA KESEHATAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN (SCIENTIFIC MEDICINE)**

- a. 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.
- b. 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 terpisah. *When the treatment modalities emphasize village personnel, community participation, or alternative medical practitioners, rather than clinical care, the outcomes are appreciably more positive.*
- c. 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 disertai dengan pengendalian mutu berakibat timbulnya berbagai macam masalah baru, termasuk kasus-kasus *iatrogenik* (penyakit-penyakit yang disebabkan oleh apa yang dilakukan atau diresepkan dokter).

- d. 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*).

- e. 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 :

- a. Pasien mengikuti pola perilaku yang tidak sehat, karena dia menerima advis yang tidak efektif.
- b. Pasien menerima tindakan dengan benar secara teknis dalam arti sesuai dengan penyakitnya, tapi tidak tepat dalam memecahkan kebutuhan fungsional dan psikososialnya.

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

## 2. TEORI PRECEDE-PROCEED

Model perubahan perilaku Precede-Proceed dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005), bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian yang berbeda.

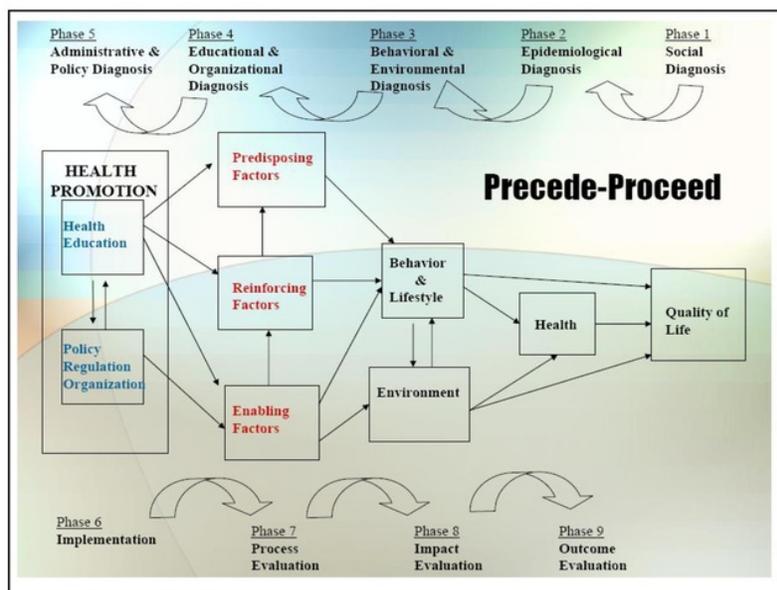
- a. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*).
- b. PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental, Development*).

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 PRECEDE di rancang 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 dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dijangkau. Perubahan politis dan peraturan dibutuhkan untuk 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.



Gambar IX.2. Precede Proceed Green & Kreuter, 2005)

Delapan Fase *Procede-Proceed* (Fertman, 2010)

**Procede memiliki 5 fase yang meliputi:**

**Fase 1: Diagnosis 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 menyoroti 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, rata-rata kriminalitas, ketidakhadiran, atau tingkat pendidikan yang rendah) yang berefek kepada 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 diluar pedagang keliling, pekerja mungkin merasa tidak aman dan menjadi tidak sehat selama kondisi bekerja.

**Fase 2: Diagnosis Epidemiologi**

Pada fase 2 ini adalah megidentifikasi masalah kesehatan yang spesifik yang terlihat ada hubungannya dengan masalah social pada fase 1. Pada fase ini dicari faktor 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 diagnosis epidemiologi dengan menggunakan indikator vital meliputi: *disability, discomfort, fertility, fitness, morbidity, mortality* dan *physiological risk factors*. Dimensi yang digunakan meliputi: insiden, prevalen, 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 yang berperan dalam perburukan 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 utama masalah kesehatan stabil, identifikasi dari determinan yang mengarah pada munculnya masalah kesehatan. Detailnya, adalah apa faktor lingkungan, faktor prilaku, dan indikator genetik yang mengarah 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 akan mengidentifikasi penyebab utama dari penyakit tersebut, seperti faktor lingkungan (contohnya racun, kondisi kerja yang penuh tekanan, atau kondisi pekerjaan yang tidak terkontrol), faktor prilaku (contohnya sedikitnya aktivitas fisik, diet yang buruk, merokok, atau konsumsi alkohol), dan faktor genetik (contohnya riwayat keluarga). Pentingnya dan perubahan data akan dianalisis, dan kemudian satu atau beberapa

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

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

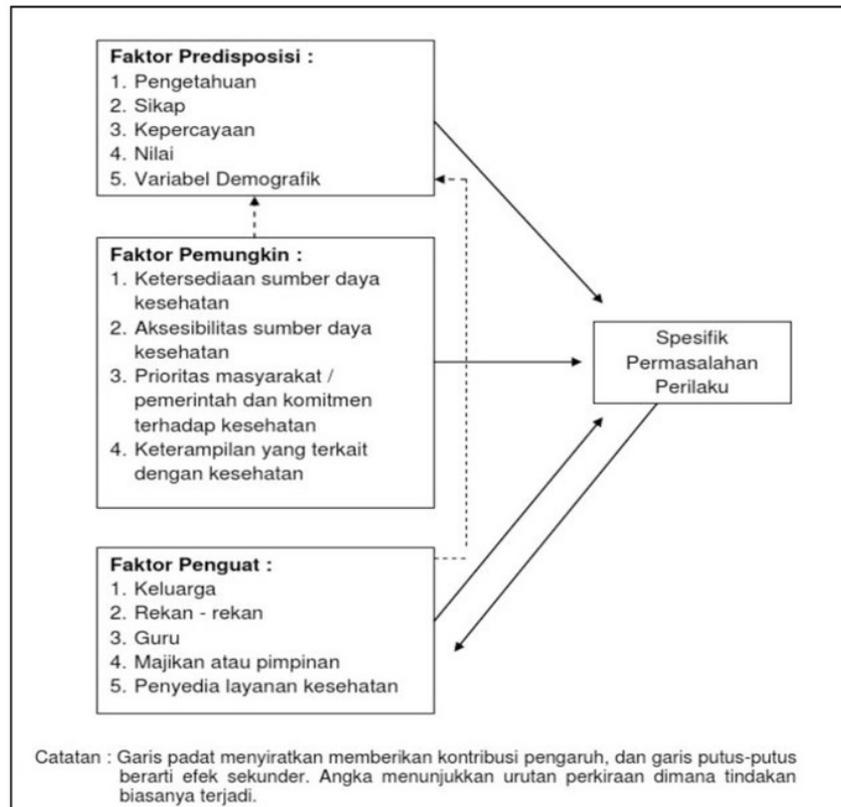
Pada fase 3 terdiri atas pengidentifikasian perilaku khusus yang berhubungan dengan kesehatan, dan sangat penting untuk mengidentifikasi berbagai perilaku. Pada fase ini mengaitkan suatu kategori faktor-faktor bukan perilaku dan faktor-faktor perilaku. Faktor non perilaku meliputi: faktor ekonomi, genetik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

Terdapat lima langkah dalam diagnosis perilaku dan lingkungan:

- a. Memisahkan faktor perilaku dan non perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan
- b. Mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegah 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: factor genetik dan demografik
- 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 kedalam tiga kategori: faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pemungkin dan faktor-faktor penguat (Green & Kreuter, 2005).



Gambar IX.3. Kerangka Teori Lawrence Green. (Green , et al, 1980)

- a. Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Merupakan antecedent dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. Mereka

sebagian besar berada dalam domain psikologi. 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 menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, beberapa karakteristik individu, misalnya umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

- b. Faktor-faktor pemungkin (*Enabling Factors*) yaitu faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau menungkinkan suatu motivasi direalisasikan.

Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut, adalah :

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

Faktor pemungkin, seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi. Juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan itu, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor pemungkin juga meliputi ketrampilan 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 ketrampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa

organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Ketrampilan 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*) yaitu 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 mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan.

Pada fase ini setelah diidentifikasi factor 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, unuk 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

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 (mungkin sebuah kelas, sebuah tempat kebugaran, perubahan ruangan, atau shower 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 Pelaksanaan**

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

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

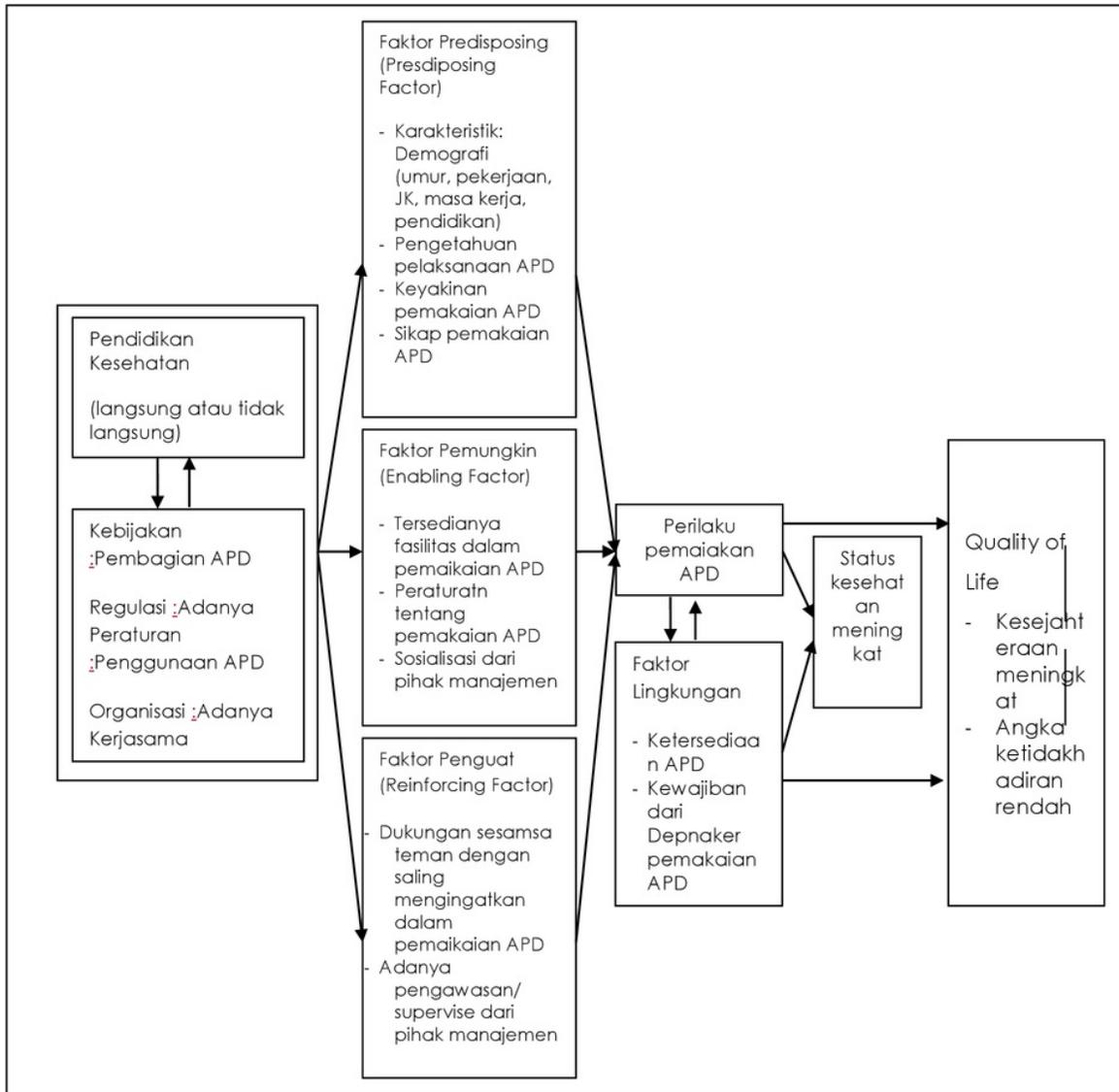
Proses evaluasi adalah sebuah evaluasi yang formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan baik data kuantitatif dan kualitatif untuk mengakses kemungkinan dalam program sebagaimana untuk meyakinkan penyampaian program yang berkualitas. Sebagai contoh, kehadiran 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 itu). Pencapaian pendidikan dari tujuan juga diukur dalam fase ini.

Fokus dalam 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 selesai 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 dan derajat kesehatan.

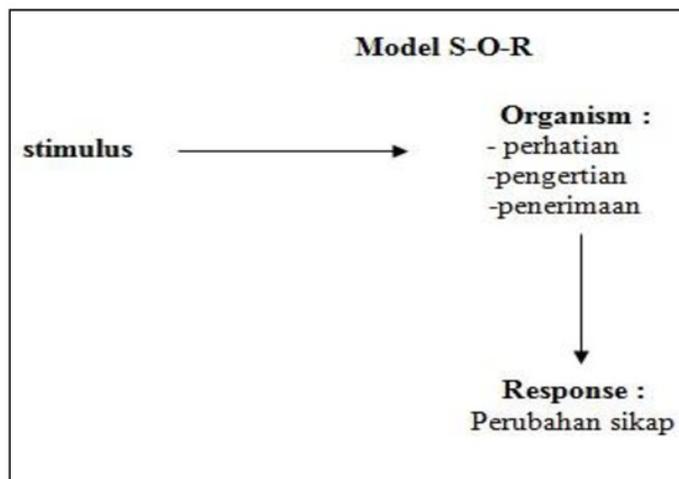


Gambar IX.3. Aplikasi Precede Proceed dalam Penggunaan APD

### 3. TEORI S-O-R

Teori SOR sebagai singkatan dari Stimulus-Organism-Response. Objek materialnya adalah manusia yang jiwanya meliputi komponen-komponen : sikap, opini, perilaku, kognisi, afeksi dan konasi. Menurut model ini, organism menghasilkan perilaku tertentu jika ada kondisi stimulus tertentu pula, efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus khusus, sehingga seseorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antara pesan dan reaksi komunikan. Asumsi dasar dari model ini adalah : media massa menimbulkan efek yang terarah, segera dan langsung terhadap komunikan. Stimulus Response Theory atau S-R theory.

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



Gambar IV.4. Mode; SOR

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 palangan muka maka ini merupakan reaksi negatif. Perlu ada contoh aplikasi dalam bidang kesehatan

Aplikasi SOR dalam bidang kesehatan:

Merubah perilaku masyarakat yang tinggal di pinggiran sungai agar tidak BAB di sungai, karena merusak dan mencemari air sungai .

Unsur yang ada di dalam teori S-O-R, diantaranya adalah:

- a. Stimulus (S): berupa gagasan untuk menyadarkan masyarakat yang tinggal di sekitar aliran sungai untuk tidak BAB di sungai
- b. Organisme (O): masyarakat yang tinggal di pinggir sungai
- c. Respon (R): berupa efek yang diharapkan terjadi, yaitu masyarakat merubah kebiasaan mereka untuk tidak BAB di sungai

#### 4. Teori Perilaku Snehandu B. Kar.

Analisis perilaku menurut Kar bertitik tolak pada bahwa perilaku merupakan fungsi dari:

- a. *Behavior intention* (Niat) , yaitu niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya.
- b. *Social support* (Dukungan Sosial), yaitu dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya.
- c. *Accesability of information* (Informasi Kesehatan/Pelayanan Kesehatan), yaitu ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan.
- d. *Personal autonomy* (Otonomi Pribadi), otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan.
- e. *Action situation* (Situasi untuk bertindak), situasi yang memungkinkan untuk bertindak

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$B = f (BI, SS, AL, PA, AS)$$

Keterangan :

- B = Behaviour
- f = Fungsi
- BI = Behaviour Intention
- SS = Social Support
- AI = Accesibility of Information
- PA = Personal Autonomy
- AS = Action Situation

Penerapan snehandu dalam bidang kesehatan dengan contoh: Ibu Hamil Yang Akan Melakukan *Antenatal Care* (ANC) pada saat kehamilannya.

a. Niat

Ibu hamil tahu dan sadar bahwa janin dalam kandungannya perlu dijaga dan diikuti perkembangannya dalam hal mendeteksi sejak dini bahaya atau komplikasi selama kehamilan sehingga ibu hamil tersebut meniatkan dirinya untuk melakukan ANC dipelayanan kesehatan terdekat.

b. Dukungan Sosial

Ibu hamil memiliki suami, ibu, dan ibu mertua yang sangat paham pentingnya melakukan ANC sehingga ia selalu diingatkan untuk melakukan ANC dan selalu diantar oleh suami atau ibu mertuanya ke pelayanan kesehatan untuk melakukan ANC.

c. Informasi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan.

Ibu hamil selalu rajin pergi ke posyandu dan mengikuti penyuluhan mengenai KIA sehingga ibu hamil mendapatkan informasi mengenai pentingnya melakukan ANC untuk janinnya dan dirinya. Lokasi tempat tinggal ibu hamil dekat dengan Puskesmas dan rumah bidan praktek swasta yang dapat yang dapat dijangkau untuk melakukan ANC.

d. Otonomi Pribadi

Ibu hamil dan keluarganya memiliki otonomi pribadi untuk mengontrol dan mengikuti perkembangan janin dalam kandungan dan dapat mengambil keputusan untuk mengikuti ANC minimal sebanyak 4 kali selama hamil.

e. Situasi

Ibu hamil mengambil jadwal pemeriksaan ANC ketika suaminya sudah pulang dari tempat kerja atau saat libur jadi suaminya dapat mengantar pergi ke pelayanan kesehatan untuk melakukan ANC.

### 5. Teori Perilaku dari WHO

Analisis perilaku menurut WHO bahwa seseorang berperilaku didasarkan pada:

a. Pemikiran dan perasaan (*Thought and Feeling*) dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek kesehatan.

- 1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
- 2) Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh penginderaan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti terhadap suatu objek.
- 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau pun dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman oranglain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang

- 1) Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
  - 2) Nilai, dalam suatu masyarakat selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam bermasyarakat.
- b. Tokoh penting sebagai Panutan (*Personal Reference*). Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
  - c. Sumber daya (*Resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
  - d. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*), yang pada umumnya disebut kebudayaan (*Culture*). Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradaban umat manusia.

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$B = f (TF, PR, R, C)$$

Keterangan :

- B = Behaviour  
 f = Fungsi  
 TF = *Thought and Feeling*  
 PR = *Personal Reference*  
 R = Resources  
 C = Culture

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

*Health belief model* dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia dan penelitian perilaku manusia sejak tahun 1950. HBM digunakan untuk

meramalkan perilaku peningkatan kesehatan.. Menurut Rosentock (1966) HBM digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan didasarkan pada perilaku individu yang ditentukan oleh motif dan kepercayaan individu itu sendiri.

Focus dari HBM adalah perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan berbagai macam perilaku misalnya check-up, screening, imunisasi. Dalam HBM kemungkinan individu akan melakukan tindakan secara langsung tergantung dari:

- a. Ancaman yang dirasakan tentang sakit dan keelakaan (*Perceived threat of injury and illness*), ancaman yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul terhadap suatu penyakit. Bila ancaman dirasa meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan didasarkan pada:
  - 1) Ketidakebalan yang dirasakan (*perceived vulnerability*), orang dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka sendiri.
  - 2) Keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*), orang mengevaluasi penyakit tersebut bila membiarkan penyakitnya tidak ditangani.
- b. Pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (*benefit and cost*), perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk melakukan tindakan pencegahan atau tidak melakukan.

Ancaman, keseriusan, ketidakebalan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian dipengaruhi oleh:

- a. Variabel demografi meliputi: usia, jenis kelamin, latar belakang budaya
- b. Variabel sosiopsikologis meliputi: kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial
- c. Variabel struktural meliputi: pengetahuan dan pengalaman

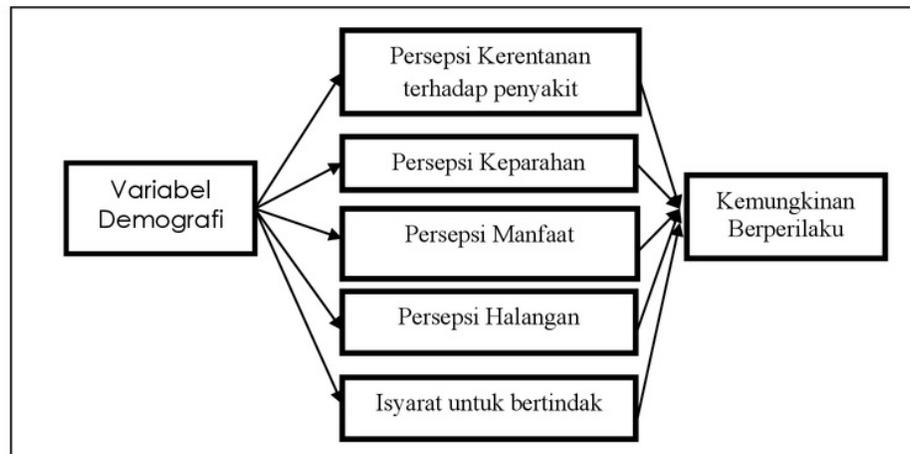
## Model teori Health Belief Model (HBM)

### a. Rosentock (1982)

Teori HBM menurut Rosenstock terdiri dari:

- 1) Kerentanan yang dirasakan (perceived susceptibility), merupakan persepsi individu tentang kemungkinan terjadinya suatu penyakit. Seseorang akan bertindak untuk mencegah suatu penyakit apabila merasa sangat mungkin terkena penyakit.
- 2) Keparahan yang dirasakan (perceived seriousness), pandangan individu tentang beratnya suatu penyakit. Pandangan ini mendorong seseorang untuk mencari pengobatan atas penyakitnya. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya pengurangan fungsi fisik dan mental kecacatan, kematian dan dampaknya terhadap kehidupan sosial
- 3) Persepsi manfaat (perceived benefits), individu akan mempertimbangkan manfaat yang dapat mengurangi ancaman penyakit. Persepsi ini berhubungan dengan ketersediaan sumber daya sehingga perilaku bisa terjadi. Persepsi ini dipengaruhi oleh norma dan tekanan dari kelompoknya.
- 4) Persepsi halangan (perceived barrier), merupakan persepsi terhadap aspek negative yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan misalnya: biaya mahal, bahaya, pengalaman tidak menyenangkan, rasa sakit
- 5) Isyarat untuk bertindak (cues to action), ada faktor pencetus untuk memutuskan menerima atau menolak suatu tindakan. Isyarat ini bersifat:
  - a) Internal; berasal dari dalam individu misalnya gejala yang dirasakan

- b) Eksternal; berasal dari luar individu misalnya media massa, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan.



Gambar IX.5. Health Belief Model (Rosenstock, 1982)

- b. Safarino (1990)

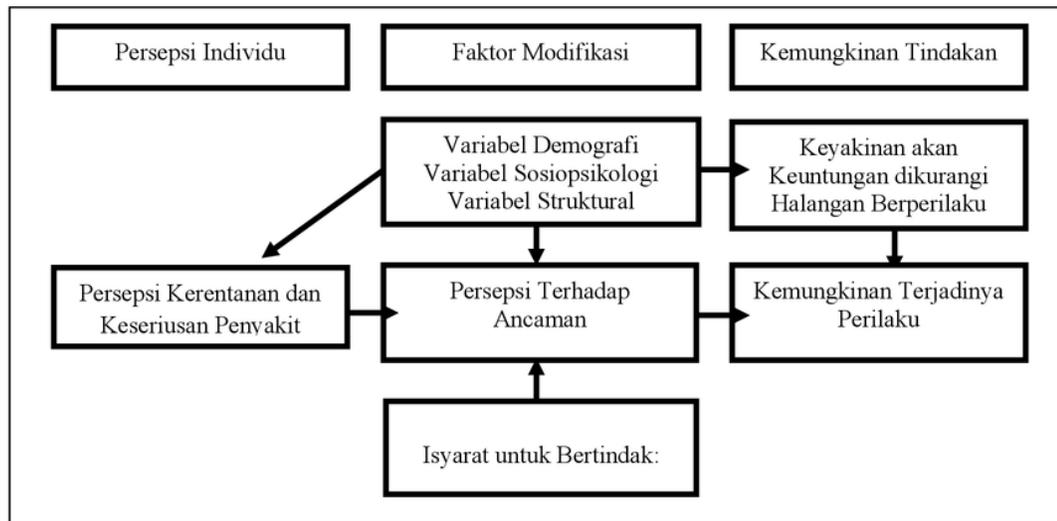
Model HBM dari Safarino mengelompokkan menjadi dua kelompok besar persepsi ancaman dan persepsi manfaat dan halangan yang mempengaruhi isyarat untuk berperilaku. Persepsi ancaman merupakan persepsi dari perpaduan antara ancaman dan kerentanan. Makin berat risiko suatu penyakit, makin dirasakan ancamannya yang merupakan hasil perpaduan antara persepsi keseriusan dan kerentanan.

- c. Becker (1974), Janz dan Beker (1984), Glans (2002)

Variabel modifikasi (Modifying Variable)

Kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan yang dirasakan merupakan konstruksi utama dari persepsi dapat dimodifikasi oleh variable lain seperti variabel Demografi

variabel sosiopsikologi, variabel structural. Variable tersebut merupakan karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi pribadi.



Gambar Health Belief Model-Revised

Penerapan HBM dalam bidang kesehatan, seorang ibu yang ikut program imunisasi:

- Kemungkinan terkena penyakit yang dapat di cegah dengan imunisasi (PD3I) (Kerentanan yang dirasakan),
- Jika terkena PD3I tersebut akan membawa akibat yang serius (Keparahan yang dirasakan),
- Imunisasi merupakan cara yang paling efektif untuk pencegahan PD3I (Manfaat yang dirasakan)

Jarak yang jauh ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan imunisasi (Hambatan yang dirasakan)

### C. RANGKUMAN

Perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat seseorang terhadap objek kesehatan, hal ini tergantung dari ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, informasi kesehatan,

kebebasan dari individu mengambil keputusan atau bertindak, dan situasi yang memungkinkan dia berperilaku atau bertindak.

Dasar seseorang untuk berperilaku kesehatan menurut WHO ditentukan oleh pemikiran dan perasaan, tokoh panutan, sumber daya dan budaya yang ada dimasyarakat.

Teori HBM digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan dan cocok untuk penelitian yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit dan pencarian pengobatan. Teori ini berbicara tentang persepsi seseorang terhadap suatu objek dan dapat dikembangkan dengan menggunakan variable lain.

#### D. EVALUASI

1. Jelaskanlah teori H.L Blum dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
2. Jelaskanlah teori Precee Proceed dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
3. Jelaskanlah teori S-O-R dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
4. Jelaskanlah teori perilaku dari Snehandu dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
5. Jelaskanlah teori Perilaku dari WHO dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!
6. Jelaskanlah teori HBM dan aplikasinya dalam bidang kesehatan!

#### E. SUMBER

Effendy, Onong Uchjana.2003. *Ilmu Teori dan Filsafat Komunikasi*. PT.Citra Aditya Bakti, Bandung

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 Marshall W. 1991. *Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach*. 2nd Ed. Mayfield Publishing Company. USA

- Glanz et. al., 2008. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. United State of America. John Wiley & Sons.
- Graeff Judith A, Elder John P, Booth Elizabeth Mills, 1993. Communication For Health and Behavior Change. USA: Jossey-Bass INC
- Notoatmodjo Soekidjo, 2012. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta. Jakarta
- Ogden Jane, 2004. Health Psychologi, A Text Book. Open University Press. Buckingham. Philadelphia
- Rusyani Yelli Yani, Shaluhiah Zahroh, BM Syamsulhuda.2010. Gambaran perilaku pelaksanaan kewaspadaan umum tenaga perawat dalam melayani pasien suspect HIV/AIDS di Rumah Sakit Swasta "X" di Yogyakarta , Universitas Diponegoro Semarang
- Sobur, Alex. 2003. *Psikologi umum*. Pustaka Setia, Bandung.
- Sunarwinadi, Ilya. 1993. Komunikasi Antar Budaya. UI Pers, Jakarta



**BAB X**  
**PERUBAHAN SOSIAL BUDAYA DAN KESEHATAN**

*Aditya Kusumawati, S.KM, M.Kes.*

**A. Tujuan Pembelajaran**

1. TIK

Mahasiswa mampu mengetahui gambaran perubahan sosial dan budaya dalam masyarakat berkaitan dengan kesehatan.

2. Entry behavior

Mahasiswa memahami kebudayaan dan mampu menganalisa kebudayaan tersebut kaitannya dengan sistem kesehatan yang berlaku di Indonesia, untuk perbaikan status dan derajat kesehatan.

3. Keterkaitan materi dengan materi yang lain

Sosial dan budaya erat kaitannya dengan perilaku seseorang dalam menjaga kesehatannya. Mengetahui sosial budaya yang berkembang di masyarakat mutlak diperlukan untuk dapat memilih cara yang paling tepat dalam intervensi kesehatan. Sehingga materi ini sangat terkait dengan program promosi kesehatan lainnya dalam upaya perbaikan kesehatan di masyarakat.

4. Pentingnya mempelajari isi bab

Isi bab terdiri dari gambaran sosial dan budaya yang berkembang di masyarakat yang berkaitan dengan program promosi kesehatan. Pada bab ini juga akan dibahas beragam adat dan budaya serta sistem sosial yang dipercaya di masyarakat, yang dapat menjadi pendukung atau bahkan penghambat program promosi kesehatan itu sendiri. Hal tersebut bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada pembaca bahwa perubahan kultur sosial dan budaya sangat berpengaruh pada cara seseorang menjaga kesehatannya.

5. Petunjuk belajar mempelajari isi bab

Untuk dapat memahami bab ini, pembaca dapat melakukan:

- a. Membaca isi materi
- b. Memahami materi
- c. Mengerjakan soal latihan

## 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, bentuk dan hubungan kelompok sosial, hingga pada pengaruh kelompok sosial terhadap perilaku individu. Dalam sosiologi kesehatan membahas mengenai perilaku kesehatan, pengaruh norma 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 arsitektur tradisional, organisasi sosial adat, dan pengetahuan meliputi obat-obatan) tradisional. Untuk mewujudkan suatu kebudayaan nasional yang aktif-kreatif-dinamis, unsur-unsur tersebut harus diimbangi dengan unsur-unsur modern seperti ilmu pengetahuan dan teknologi modern. Masuknya budaya asing ke Indonesia sebaiknya disikapi dengan bijak. Karena bagaimanapun kebudayaan asing memberikan pengaruh positif diantaranya

adalah mampu mengidentifikasi nilai universal untuk memberi bobot tertentu pada proses pengembangan kebudayaan tradisional, mendorong dan memberi pola sistem pendidikan, memperluas wawasan berpikir untuk pengembangan hubungan antar bangsa, serta mampu mendorong sikap mandiri yang berakar pada kebudayaan lokal. Sehingga perlu dilakukan asimilasi dan akulturasi kebudayaan agar tidak menghilangkan kebudayaan asli, namun tetap dapat mengikuti tuntutan perkembangan arus global. (Maran, 2007)

### 3. Pergeseran 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, di mana perubahan yang kompleks diawali dari adanya perubahan-perubahan kebudayaan yang simpel dan sederhana. Jika evolusi masyarakat dan kebudayaan dipandang dari jauh dengan interval waktu yang panjang, maka akan tampak 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 suatu tempat ke tempat lain yang dibawa oleh kelompok manusia yang berpindah tempat. Di sisi lain terjadi proses belajar unsur kebudayaan asing oleh masyarakat yaitu proses **akulturasi dan asimilasi** untuk mencegah hilangnya kepribadian kebudayaan lokal karena masuknya budaya asing. Pada akhirnya terjadi proses *invention* dan inovasi terhadap penemuan baru. Yaitu suatu proses pembaharuan penggunaan sumber daya alam, energi, dan modal, sumber daya manusia,

hingga teknologi untuk menciptakan sistem produksi produk baru. (Fathoni, 2006)

#### 4. Kebudayaan di Indonesia

Indonesia adalah salah satu negara dengan budaya 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 (ISEAS) pada tahun 2013 menghasilkan klasifikasi baru yang dapat digunakan 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 dilakukan berdasarkan literatur seperti buku ensiklopedi suku maupun dari pengetahuan para ahli dan jejaring yang tersebar di seluruh 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, Simelu, Singkil, Tamiang, Ulu. 2. Sumatera Utara: Karo, Nias, Simalungun, Mandailing, Dairi, Toba, Melayu, PakPak, Maya-Maya. 3. Sumatera Barat: Minangkabau, Mentawai, Melayu, Guci, Jambak. 4. Riau: Melayu, Siak, Rokan, Kampar, Kuantum Akit, Talang Manuk, Bonai, Sakai, Anak Dalam, Hutan, Laut. 5. Kepulauan Riau: Melayu, Laut 6. Bangka Belitung: Melayu.

Jambi: Batin, Kerinci, Penghulu, Pewdah, Melayu, Kubu, Bajau. 8. Sumatera Selatan: Palembang, Melayu, Ogan, Pasemah, Komering, Ranau Kisam, Kubu, Rawas, Rejang, Lematang, Koto, Agam. 9. Bengkulu: Melayu, Rejang, Lebong, Enggano, Sekah, Serawai, Pekal, Kaur, Lembak. 10. Lampung: Lampung, Melayu, Semendo, Pasemah, Rawas, Pubian, Sungkai, Sepucih. 11. DKI

Jakarta: Betawi 12. Banten: Banten 13. Jawa Barat: Sunda, Badui 14. Jawa Tengah: Jawa, Karimun, Samin, Kangean 15. D.I.Yogyakarta: Jawa 16. Jawa Timur: Jawa, Madura, Tengger, Osing 17. Bali: Bali, Jawa, Madura 18. NTB: Bali, Sasak, Bima, Sumbawa, Mbojo, Dompu, Tarlawi, Lombok 19. NTT: Alor, Solor, Rote, Sawu, Sumba, Flores, Belu, Bima 20. Kalimantan Barat: Melayu, Dayak (Iban Embaluh, Punan, Kayan, Kantuk, Embaloh, Bugar, Bukat), Manyuke 21. Kalimantan Tengah: Melayu, Dayak (Medang, Basap, Tunjung, Bahau, Kenyah, Penihing, Benuaq), Banjar, Kutai, Ngaju, Lawangan, Maayan, Murut, Kapuas 22. Kalimantan Timur: Melayu, Dayak (Bukupai, Lawangan, Dusun, Ngaju, Maayan) 23. Kalimantan Selatan: Melayu, Banjar, Dayak, Aba. Sulawesi Selatan: Bugis, Makasar, Toraja, Mandar 25. Sulawesi Tenggara: Muna, Buton, Totaja, Tolaki, Kabaena, Moronehe, Kulissusu, Wolio 26. Sulawesi Tengah: Kaili, Tomini, Toli-Toli, Buol, Kulawi, Balantak, Banggai, Lore 27. Sulawesi Utara: Bolaang-Mongondow, Minahasa, Sangir, Talaud, Siau, Bantik 28. Gorontalo: Gorontalo 29. Maluku: Ambon, Kei, Tanimbar, Seram, Saparua, Aru, Kisar 30. 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 keberagaman dalam agama dan suku/etnis, Bangsa Indonesia juga memiliki keanekaragaman bahasa. Seiring 29 dengan keberagaman suku/etnis, maka bahasa yang berkembang pun banyak, terdapat sekitar 250 bahasa yang ada di Indonesia.

Apabila dilihat dari keberagaman bahasa komunikasi yang digunakan dalam sehari-hari, maka mayoritas desa di Indonesia, yaitu sebanyak 67,1 persen desa yang warganya menggunakan beberapa bahasa. Menurut hasil Sensus Penduduk 2010, penggunaan bahasa Indonesia sebagai bahasa komunikasi

sehari-hari hanya dilakukan oleh mayoritas penduduk di 5 (lima) provinsi yaitu DKI Jakarta (90,7 persen), Papua Barat (69,7 persen), 67.06% (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 luar 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.) Dalam setahun terakhir, mayoritas rumah tangga pernah menghadiri upacara adat kematian (ngaben, rambu solo, brobosan, 7 hari, dan lain-lain.). Apabila dilihat menurut data pada tiap provinsi, Jawa Timur merupakan provinsi dengan jumlah rumah tangga yang memiliki status kehadiran paling banyak dalam mayoritas upacara adat, yaitu Upacara Adat Kelahiran, Perkawinan, Kematian, dan Keagamaan. Sedangkan Jawa Tengah merupakan propinsi dengan jumlah rumah tangga dengan status kehadiran paling banyak dalam Upacara Adat Sunatan dan Panen. Masyarakat desa di Jawa Timur, seperti halnya di Jawa Tengah, memiliki ikatan yang berdasarkan persahabatan, dan teritorial. Berbagai upacara adat yang diselenggarakan antara lain: tingkepan (upacara usia kehamilan tujuh bulan bagi anak pertama), babaran (upacara menjelang lahirnya bayi), sepasaran (upacara setelah bayi berusia

lima hari), pitonan (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 salah 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 telah berlaku, maka akan timbul penyakit kulit atau salah satu dari 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 mungkin akan bermasalah atau bayi yang dilahirkan tidak sempurna atau cacat. Jika ibu hamil terpaksa harus keluar rumah, maka harus membawa pisau, sisir yang dipakai di rambut, atau bawang

putih yang ditusuk pakai paku ditaruh di kantong 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 beberapa ritual. Diantaranya adalah menyiapkan *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 berdekatan dengan ranjang bayi agar bayi mudah mendapatkan kehangat dari bara kayu dalam tungku tersebut. Caranya dilakukan dengan meletakkan tangan ibu di dekat bara api, kemudian diusapkan di tubuh 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 bekerjasama dengan dukun beranak setempat, yaitu akan memberikan uang jasa Rp 50.000,00 kepada 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, di mana ibu merasa nyaman jika ditangani oleh orang yang telah dipercaya dan dikenal dengan baik. (Raflizar, dkk. 2012)

b. Etnik Toraja Sa'dan Desa 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 di 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 aturan berkenaan dengan cara-cara melakukan ritual peribadatan, 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 bayi baru lahir 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, cuuka asam, garam, dan daun sualang.

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 8.00 – 10.00 pagi). Bagi yang melanggar maka 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 di masyarakat semakin kuat

bagi ibu yang melanggar pantangan akan menemui kesulitan saat melahirkan.

Bagi masyarakat Toraja Sa'dan sudah mengalami standar ganda antara penanganan tradisional dan medis. Semua tindakan digunakan untuk saling melengkapi, asalkan ibu dan bayi dapat lahir dengan selamat. Bahkan petugas kesehatan pun melakukan hal tersebut, untuk menangani proses persalinannya sendiri. Seringkali dukun beranak justru mendampingi ibu yang kesulitan melahirkan di dalam ruang bersalin di tempat pelayanan kesehatan. Dukun beranak membacakan doa pada sebotol air kemudian diminumkan 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 dukun. Jika peran dan tanggung jawab pelaku adat dan petugas pelayan kesehatan bisa berjalan seimbang seperti gambaran 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 masyarakatnya 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 kesehatannya 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. Di samping itu memiliki persentase status gizi buruk balita terbesar di Kabupaten Sampang. Dukun beranak masih menjadi sosok yang dibutuhkan di masyarakat. Pada tradisi pengajian 4 bulanan, dukun beranak bertugas memijit perut ibu agar posisi bayi 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 memijat 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 terjami 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 dipercaya dapat melancarkan pencernaan bayi sehingga mudah makan apapun yang dimakan. Hal tersebut tentu kontradiksi dengan program ASI eksklusif pemerintah, di mana 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, yaitu campuran pisang dan nasi tim.

Jika pada tradisi tersebut bisa dikatakan kontra dengan himbauan pemerintah, namun ditemukan juga adat istiadat yang masih 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 pulang ke ibu/orang tuanya 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 risiko perdarahan pada masa nifas. Karena beberapa kasus eklampsia yang berujung kematian justru banyak dialami oleh ibu pada masa nifas, salah satunya dikarenakan tidak kontrol terhadap aktivitas fisiknya. (Widyasari, Ratna, dkk. 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-program kesehatan oleh pemerintahpun 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 diatur dengan norma adat istiadat. Maka ketika pemerintah memberlakukan suatu program yang telah didasarkan pada fakta ilmiah dan bukti-bukti empiris, namun bertentangan dengan kebiasaan yang berlaku di masyarakat akan

mebutuhkan 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 beriringan untuk bersama-sama menciptakan perilaku masyarakat yang baik guna pencapaian status kesehatan yang baik pula bagi masyarakat.

#### **D. EVALUASI DAN REFLEKSI**

##### 1. Evaluasi :

- a. Carilah 3 suku adat di Indonesia selain telah yang dijelaskan di sub pokok bahasan ini!
- b. Sebutkan tradisi yang berkaitan dengan kesehatan yang masih berlaku dan dipercaya oleh masyarakat di suku tersebut!
- c. Bandingkan tradisi tersebut dengan program kesehatan yang dimiliki pemerintah!
- d. Analisa permasalahan yang mungkin terjadi dan berikan solusi dari masing-masing masalah tersebut!

##### 2. Refleksi :

- a. Apakah yang telah anda pelajari dari materi ini?
- b. 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

#### **Sumber Bacaan Yang Dianjurkan**

- BPS. 2017. Mengulik Data Suku di Indonesia. Diakses dari <https://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 dan Statistik Pendidikan dan Kebudayaan (PDSPK) Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. [http://publikasi.data.kemdikbud.go.id/uploadDir/isi\\_F9B76ECA-FD28-4D62-BCAE-E89FEB2D2EDB .pdf](http://publikasi.data.kemdikbud.go.id/uploadDir/isi_F9B76ECA-FD28-4D62-BCAE-E89FEB2D2EDB .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
- Rafizar, dkk. 2012. Buku Seri Etnografi Kesehatan 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 Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Sarwono, Solita. 1993. Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya. Jogjakarta: Gadjah Mada University 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, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

## BAB XI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DI MASYARAKAT

Helvi Agustin, S.KM, M.KM.

### A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa memahami dan mampu menjelaskan berbagai contoh program promosi kesehatan di Indonesia

### B. Materi

Definisi promosi kesehatan menurut WHO seperti yang sudah dipelajari pada bab-bab sebelumnya adalah "proses pemberdayaan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor yang mempengaruhi kesehatannya sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka. Di Indonesia definisi promosi 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 didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. (Depkes RI, 2008).

Kata proses pemberdayaan dari definisi di atas 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" (Ife, 2014). Menurut pandangan Fadillah Effendi pada seminar *community development* yang diselenggarakan di Yogyakarta pada bulan Mei tahun 2017, 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 hakekatnya 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 “dapat menolong dirinya sendiri”, mempunyai implikasi adanya peningkatan kapasitas sehingga mandiri untuk memutuskan pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu tahap-tahap dalam program pemberdayaan kesehatan meliputi:

1. Penyadaran atau pemberian dan peningkatan pengetahuan individu dan masyarakat tentang kesehatan.
2. Memfasilitasi perubahan perilaku sehingga membawa perbaikan di dalam masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat dengan mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) agar ada kegiatan yang teratur, pembagian tugas dan penanggung jawab kegiatan, menumbuhkembangkan potensi, menggali kontribusi dan menjalin kemitraan
3. Meningkatnya kepedulian dan partisipasi untuk memperbaiki lingkungan (fisik dan non-fisik).

Berikut adalah beberapa program promosi kesehatan di masyarakat:

#### **1. Program Indonesia sehat dengan Pendekatan Keluarga**

Program Indonesia sehat (PIS) dengan pendekatan keluarga merupakan program anyar kemenkes saat ini. Sejak reformasi tahun 1999, Indonesia berkomitmen untuk melaksanakan pembangunan dengan paradigma sehat yakni pembangunan dengan berdasarkan cara pandang, asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang mengutamakan upaya menjaga dan memelihara kesehatan, tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan

pemulihan kesehatan. Dengan Paradigma Sehat maka orang-orang yang sehat akan diupayakan agar tetap sehat dengan menerapkan pendekatan yang holistik. Namun praktiknya hingga saat ini cara pandang, asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang berlaku tampaknya masih menitikberatkan pada penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan – Paradigma Sakit. Apalagi dengan dilaksanakannya JKN yang saat ini masih lebih memperhatikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan bagi perorangan (Kemenkes RI, 2016).

Oleh sebab itu, dengan Nawa Cita presiden Jokowi melakukan perubahan, agar Paradigma Sehat benar-benar diterapkan dalam membangun kesehatan masyarakat, termasuk dalam pelaksanaan JKN. Perubahan yang dimaksud mencakup perubahan pada penentu kebijakan (lintas sektor), tenaga kesehatan, institusi kesehatan, dan masyarakat. Perubahan yang diharapkan dari penentu kebijakan adalah pembangunan berwawasan kesehatan dan meningkatkan peran lintas sektor dalam bidang kesehatan, dari tenaga kesehatan adalah menjadikan promotif dan preventif sebagai aspek utama, dari institusi kesehatan yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan dari masyarakat yaitu dengan menjadikan masyarakat merasa bahwa kesehatan adalah harta berharga yang harus diupayakan dan dijaga dengan dilaksanakannya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di keluarga dan masyarakat, selain itu masyarakat aktif sebagai kader, sehingga terlaksana kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Program Indonesia Sehat adalah salah satu program dari Agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program Indonesia Sehat

selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

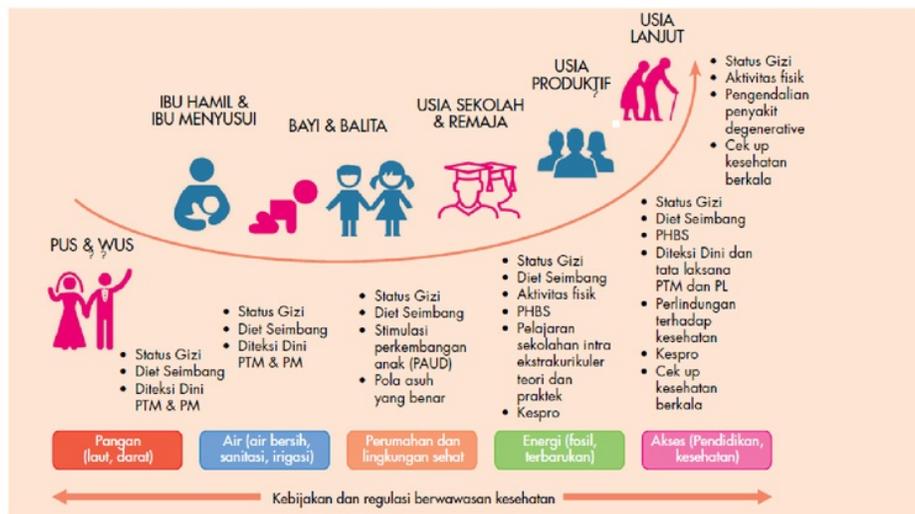
Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Dalam menjangkau keluarga, Puskesmas tidak hanya mengandalkan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang ada sebagaimana selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Perlu diperhatikan, bahwa pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah ini tidak berarti mematikan UKBM-UKBM yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif (Kemenkes RI, 2016).

Individu anggota keluarga yang perlu mendapatkan pelayanan kesehatan kemudian dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan/atau pelayanan Puskesmas. Keluarga juga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya, dengan pendampingan dari kader-

kader kesehatan UKBM dan/atau petugas profesional Puskesmas. Untuk itu, diperlukan pengaturan agar setiap keluarga di wilayah Puskesmas memiliki Tim Pembina Keluarga. Derajat kesehatan keluarga sangat ditentukan oleh PHBS dari keluarga tersebut. Dengan demikian, inti dari pengembangan desa dan kelurahan adalah memberdayakan keluarga-keluarga agar mampu mempraktikkan PHBS.

Di bidang pencegahan dan penanggulangan penyakit serta penyehatan lingkungan harus dipraktikkan perilaku mencuci tangan dengan sabun, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, tidak merokok di dalam ruangan, dan lain-lain. Di bidang kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana harus dipraktikkan perilaku meminta pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan, menimbang balita dan memantau perkembangannya secara berkala, memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayi, menjadi asektor keluarga berencana, dan lain-lain. Di bidang gizi dan farmasi harus dipraktikkan perilaku makan dengan gizi seimbang, minum Tablet Tambah Darah (TTD) selama hamil, memberi bayi Air Susu Ibu saja (ASI eksklusif), dan lain-lain. Sedangkan di bidang pemeliharaan kesehatan harus dipraktikkan perilaku ikut serta dalam jaminan pemeliharaan kesehatan, aktif mengurus dan atau memanfaatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), memanfaatkan Puskesmas dan sarana kesehatan lain, dan lain-lain (Kemenkse RI, 2016)

Melalui pendekatan keluarga petugas puskesmas diharapkan mengunjungi keluarga di rumahnya. Dengan demikian petugas puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan (dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat-PHBS) yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik). Puskesmas juga diharapkan menangani masalah-masalah kesehatan dengan pendekatan siklus hidup (*life cycle*) (gambar 1)



Gambar 1: Pendekatan siklus hidup untuk mencapai keluarga sehat

## 2. Program Gerakan Masyarakat Sehat (Germas)

Dalam 30 tahun terakhir terjadi perubahan pola penyakit terkait dengan perilaku manusia. Penyakit tidak menular menjadi faktor penyebab terbesar kematian, namun di sisi lain penyakit menular juga belum berhasil diselesaikan. Perilaku –perilaku yang terkait dengan penyakit tidak menular tersebut adalah kurangnya aktifitas fisik, kurang konsumsi buah dan sayur, minuman beralkohol, merokok dan masuknya zat-zat pencemar hasil luaran industri yang dibuang ke lingkungan. Sementara perilaku buang besar sembarangan masih menimbulkan masalah-masalah klasik seperti penyakit diare.

Gerakan masyarakat hidup sehat merupakan program yang diharapkan dapat mencegah penyakit tidak menular. Apa itu gerakan masyarakat (germas) hidup sehat?, yaitu suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan

kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup (website: Dinkes Prop.Aceh, 2017)

Tujuan germas adalah agar masyarakat berperilaku sehat sehingga berdampak terhadap kesehatan terjaga, produktif, lingkungan bersih dan biaya untuk berobat berkurang. Seluruh lapisan masyarakat (individu, keluarga, masyarakat, institusi yang terdiri dari akademi, dunia usaha organisasi masyarakat termasuk pemerintah daerah dan pemerintah pusat diharapkan berperan aktif di dalam Germas dengan mempraktekkan pola-pola hidup sehat sehari-hari. Institusi diharapkan mendukung Germas melalui kesediaan menyediakan kurikulum pendidikan, fasilitas olahraga, sayur dan buah, fasilitas kesehatan, transportasi, Kawasan Tanpa Rokok, taman untuk beraktivitas, Iklan Layanan Masyarakat, *car free day*, dsb.

Ada tujuh bentuk kegiatan gerakan masyarakat hidup sehat yang dapat dipraktikkan dalam pola hidup sehari-hari bagi masyarakat baik secara individu maupun keluarga yakni melakukan aktivitas fisik secara rutin minimal 30 menit sehari, mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari, tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan zat adiktif lainnya, memeriksakan kesehatan secara rutin enam bulan sekali yaitu pemeriksaan kadar gula darah, tekanan darah, kolesterol, tes darah lengkap di laboratorium, cek lingkaran pinggang (<80 cm bagi wanita dan <90 cm bagi pria), deteksi dini kanker leher rahim. Membersihkan lingkungan dan membudayakan buang besar pada tempatnya (jamban). Germas diluncurkan bersama instruksi presiden nomor 1 tahun 2017 dengan tema mengutamakan tiga tema yaitu aktivitas fisik, makan sayur dan buah serta deteksi dini penyakit tidak menular.

Semua sektor bertanggung jawab untuk mensukseskan Germas, sektor kesehatan bertugas untuk melakukan advokasi dan pembinaan perwujudan kawasan sehat, penggalangan

kemitraan dan peran serta masyarakat, kampanye gernas dan edukasi masyarakat, deteksi dini penyakit menular dan tidak menular, serta menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu. Gernas hidup sehat dan keluarga sehat menjadi program prioritas promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat melalui advokasi untuk terbitnya kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, menggali sumber pembiayaan daerah, mendorong keterlibatan masyarakat dan UKBM, kampanye kesehatan sesuai tema, pengembangan media KIE, pengembangan metode dan teknik promkes yang efektif, penggalangan komitmen dengan mitra potensial, peningkatan kapasitas SDM promkes, penyediaan sarana prasarana.

### 3. Program Komunikasi, Informasi & Edukasi

Merupakan program promosi kesehatan paling klasik yang dulu disebut dengan pendidikan kesehatan (*health education*). Nama pendidikan kesehatan kemudian diganti menjadi penyuluhan kesehatan karena pada tahun 1970-an sebutan pendidikan hanya boleh dipakai di institusi yang berada di bawah kementerian pendidikan dan kebudayaan.

Keberhasilan program KIE ditandai dengan kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan dari aspek pengetahuan, sikap dan tindakan. Aspek pengetahuan dikatakan meningkat jika masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor determinan yang ada pada diri, keluarga, kelompok dan di sekitar lingkungan tempat tinggalnya, misalnya mengenali masalah penyakit dan penyebabnya. Aspek sikap disebut positif jika ada kemauan masyarakat untuk melakukan perubahan dari kondisi bermasalah dalam kesehatan menjadi kondisi yang memenuhi persyaratan kesehatan. Sedangkan dari aspek tindakan dikatakan praktik baik jika masyarakat mampu 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, dll.

Saat ini metode KIE berkembang dengan sangat pesat seiring dengan perkembangan teknologi informasi di bidang internet. Dengan internet kementerian kesehatan dapat secara langsung menjangkau sasaran pengguna internet dengan membuat website kementerian kesehatan, internet juga menyediakan media sosial yang dapat dimanfaatkan sebagai media promosi kesehatan seperti facebook, instagram, whatsapp yang dapat memuat poster, leaflet, booklet, bahkan konsultasi dengan masyarakat yang menjadi sasaran.

Wilayah Indonesia yang secara geografis terdiri dari kepulauan yang membentang sangat luas tidak lagi menjadi kendala karena keberadaan internet, televisi dan gelombang radio. Salah satu contoh tenaga kesehatan yang kreatif berinovasi dalam melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat adalah Drg. Salvi Raini. Kepala Puskesmas Biaro, Kab. Agam Propinsi Sumatera Barat ini terpilih menjadi tenaga kesehatan Teladan dari Kementerian Kesehatan karena inovasinya mendirikan stasiun radio Sehati di puskesmas Biaro. Seperti halnya radio pada umumnya, radio Sehati mempunyai 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.

Disamping KIE melalui media yang terus berkembang dengan pesat, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta juga masih tetap melakukan KIE secara langsung (*face to face*) dengan

mengembangkan inovasi pendirian pusat konsultasi Rumah Sehat Lansia (Rusela) sehingga meraih penghargaan dari kementerian kesehatan. Melalui manajemen yang efektif, Rusela berhasil memangkas birokrasi yang panjang dalam pelayanan konsultasi kesehatan dengan dokter, perawat, psikologi dan ahli gizi terhadap lansia. Kunjungan lansia ke Rusela disusun secara terjadwal, penyediaan transportasi difasilitasi oleh puskesmas-puskesmas yang ada di Kota Yogya.

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.

#### 4. Posyandu

Posyandu merupakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang paling awal dikembangkan di Indonesia. Konsepnya, posyandu dikelola oleh kader yang merupakan bagian dari masyarakat dan dibantu oleh tenaga kesehatan. Oleh sebab itu keaktifan kader menjadi suatu indikator dalam peran serta masyarakat disamping keaktifan ibu-ibu untuk melakukan kunjungan ke posyandu.

Posyandu didirikan bertujuan untuk memberikan kemudahan dalam memperoleh layanan dasar sehingga diharapkan dapat mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak. Kegiatan di 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 optional 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 dan 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 bagi ibu hamil kurang energi kalori (KEK). Sasaran ibu nifas, menyusui dan Wanita Usia Subur yang telah menikah kegiatannya 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 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 jumlah sasaran yang datang ke posyandu dengan seluruh sasaran yang ada di wilayah kerja posyandu. Jika D/S kurang dari 40% maka PSM diberi nilai 1, bila antara 40%-79% diberi nilai 2, sedangkan yang lebih dari 80% nilainya 3. Dengan bobot penilaian 0,40.
- b. Cakupan N/D (Naik/Ditimbang) untuk mengetahui kenaikan rata-rata berat badan bayi/balita yang datang dan ditimbang di posyandu. Penilaian N/D yang kurang dari 40% mendapat nilai 1, 40%-79% diberi nilai 2 dan yang lebih dari 80% diberi nilai 3.

Untuk setiap penilaian diberi bobot masing-masing dengan nilai 0,40.

- c. Hasil Penimbangan Bawah Garis Merah (BGM) yakni terkait dengan penimbangan berat badan bayi dan balita yang ditemui ternyata berada di bawah 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 mendapat 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 posyandu dilihat dari keberadaan dan cara pengisian balok SKDN. Jika balok ada diisi maka nilainya 1, jika cara 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, jika mencapai 40-79% diberi nilai 2, dan yang 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, jika 40%-79% diberi nilai 2 dan jika lebih dari 80% diberi nilai 3.

- h. Pengetahuan sasaran tentang Kartu Menuju Sehat. Penilaian tentang pengetahuan sasaran adalah untuk mengetahui sejauhmana 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 posyandu, keberadaan timbangan dacin, KMS, buku pendaftaran,, SIP posyandu dn buku inventaris posyandu, alat masak memasak, tes kit iodisasi, bahan KIE, pita LILA, alat kontrasepsi dan ATK pendukung kelancaran administrasi apabila ada diberi nilai 1.
- l. Kebersihan posyandu, Untuk menilai kebersihan posyandu tidak hanya dari bagian dalam, tetapi juga termasuk bagian luar seperti halaman yang rapi dan bersih. Posyandu diberi nilai 1 apabila dinyatakan tidak bersih dan apabila bersih diberi nilai 2.
- m. Strata Posyandu. Apabila strata posyandu adalah pratama mendapat 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 propinsi 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.

#### 5. Desa Siaga

Secara definisi desa/kelurahan siaga adalah desa/kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan 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 yang dicatat dalam kartu sehat keluarga. Rekapitulasi kartu sehat keluarga akan menghasilkan peta desa spasial yang dipaparkan di poskesdes. Kegiatan lainnya adalah perencanaan partisipatif melalui survei mawas diri dan musyawarah masyarakat desa. Dalam kegiatan

MMD desa menentukan prioritas masalah dan menentukan target dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai target, menyusun anggaran dan memobilisasi sumber daya masyarakat, kegiatan khusus, monitoring kinerja serta manajemen keuangan terhadap dana hibah yang didapat dari penyandang dana.

#### 6. 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 adalah UKBM yang merupakan kerja koordinatif berdasarkan SKB 4 menteri yakni menteri kesehatan, menteri pendidikan dan kebudayaan, menteri agama, menteri dalam negeri. Tujuan UKS adalah untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan PHBS dan derajat kesehatan peserta didik maupun warga belajar serta menciptakan lingkungan yang sehat sehingga memungkinkan perilaku hidup bersih dan sehat. Puskesmas khususnya bidang promosi kesehatan merupakan penanggungjawab UKBM di tatanan sekolah ini.

Sasaran UKS adalah anak usia sekolah (6-21 thn) yang berada di TK/RA, SD/MI SLTP/MTs, SMA/MA, Sanggar Kegiatan Belajar(SKB), pondok pesantren, guru, pamong belajar, pengelola, pendidikan lain, pengelola kesehatan dan masyarakat. Persyaratan sekolah sebagai pelaksana UKS adalah sekolah telah mempunyai SK tim pelaksana UKS dari kepala sekolah, mempunyai guru yang ditatar materi UKS, mempunyai ruang UKS beserta perlengkapannya, mempunyai KKR/tiwisada yg sudah ditatar dg jumlah minimal 10% dari seluruh siswa serta melaksanakan trias UKS dalam kehidupan sehari-hari.

Indikator penilaian UKS adalah :

1. Pelaksanaan Trias UKS yang terdiri dari :

- a. Pendidikan Kesehatan
  - b. Pelayanan Kesehatan
  - c. Pembinaan Lingkungan kehidupan Sekolah Sehat
2. Ruang
- a. Ruang Kepala Sekolah
  - b. Ruang Majelis Guru
  - c. Ruang Kelas
  - d. Ruang UKS
  - e. Ruang Ibadah
  - f. Ruang Perpustakaan
3. Ada Warung/Kantin sekolah
4. 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 I (penyuluhan gigi), imunisasi, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Indikator strata standar adalah semua indikator strata minimal ditambah dengan keberadaan ruang UKS, sarana & 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 seluruh 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 strata paripurna adalah seluruh indikator strata optimal ditambah dengan adanya kegiatan pemantauan kesegaran jasmani dan guru pendidikan jasmani yang terlatih.

## 7. 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 satu wilayah, maka puskesmas juga bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang timbul di atas, di bawah tanah dan di udara yang berisiko menimbulkan masalah kesehatan terhadap lingkungan dan terhadap pekerja serta masyarakat di sekitarnya.

Bagi perusahaan besar tanggung jawab terhadap masalah kesehatan lingkungan dan kesehatan dan keselamatan kerja diimplementasikan 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 *health, environment and safety*. Akan tetapi dalam banyak kasus, perusahaan skala kecil dan menengah belum mampu menerapkan standar kesehatan dan keselamatan kerja seperti pada perusahaan nasional dan internasional sehingga puskesmas khususnya bagian promosi kesehatan menjadi penanggungjawab terhadap pengawasan dan pengendalian masalah kesehatan pada industri skala rumah tangga (skala kecil) dan skala menengah. UKBM yang mengelola masalah kesehatan tempat kerja yang dikordinir oleh pekerja bersama dengan puskesmas ini disebut dengan Pos Usaha Kesehatan Kerja (Pos UKK).

## 8. Tanaman obat Keluarga (TOGA) dan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa

Tanaman obat keluarga adalah tanaman hasil budidaya rumahan yang berkhasiat sebagai obat tanaman obat keluarga yang pada 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 dapat disalurkan kepada masyarakat, khususnya obat yang berasal dari tumbuh-tumbuhan. Budidaya tanaman obat untuk keluarga dapat memacu usaha kecil dan menengah di bidang obat-obatan herbal sekalipun dilakukan secara individual. Setiap keluarga dapat membudidayakan tanaman obat secara mandiri dan memanfaatkannya, sehingga akan terwujud prinsip kemandirian dalam pengobatan keluarga.

Nenek moyang bangsa Indonesia sejak dulu telah menekuni pengobatan dan memanfaatkan aneka tanaman yang terdapat di alam. Setiap orang dapat menanam tanaman obat keluarga di pekarangan rumah. Obat tradisional yang berasal dari tanaman memiliki efek samping yang jauh lebih rendah tingkat bahayanya dibandingkan obat-obatan kimia, selain itu murah dan mudah diperoleh. Penemuan kedokteran modern juga mendukung penggunaan obat tradisional. Jenis tanaman obat yang ditanam di pekarangan rumah dapat beraneka ragam, ada yang berupa bumbu dapur, tanaman buah, tanaman hias, tanaman sayur dan ada pula berupa tanaman liar.

### Pengolahan 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-menurun. Pemakaian dan pengolahannya boleh dibilang sederhana, namun jenis 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) :

a. Peralatan yang Digunakan

Peralatan yang digunakan tidak boleh dianggap sepele masalah kebersihannya, diantaranya kebersihan tangan, ruangan, peralatan dan ketepatan peralatan yang akan digunakan untuk pengolahan obat tradisional, karena alat yang digunakan dapat menularkan penyakit, membawa kotoran lain atau bahkan menghilangkan khasiat obat. Jika perlu peralatan yang akan digunakan direbus atau direndam dalam air panas terlebih dahulu dan setelah digunakan harus segera dibersihkan kembali untuk menghindari adanya residu pada alat. 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 zat racun, konsentrasi obat menurun atau efek samping karena reaksi bahan kimia dengan zat yang dikeluarkan tanaman.

b. Pengolahan 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 dibiarkan selama 5 menit, baru diminum.

2) Menyeduh

Bahan yang telah diramu disedu 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 hingga  $\frac{1}{4}$  cangkir. Jika belum sampai  $\frac{1}{4}$  cangkir, tambahkan lagi air kemudian ampasnya diperas lagi sehingga sampai  $\frac{1}{4}$  cangkir.

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 sebelum makan dengan tujuan agar proses penyerapan zat-zat yang berkhasiat optimal. Bagi yang belum terbiasa sebaiknya dosis diminum sedikit demi sedikit.

Jangka waktu pemakaian

Ramuan yang direbus boleh disimpan selama sehari atau 24 jam. Apabila dibuat dari perasan tanpa direbus hanya boleh disimpan selama 24 jam.

Jenis-jenis Tanaman untuk Tanaman Obat Keluarga

Jenis tanaman yang harus dibudidayakan untuk tanaman obat keluarga adalah jenis-jenis tanaman yang memenuhi kriteria yakni :

- a. Jenis tanaman disebutkan dalam buku pemanfaatan tanaman obat
- b. Jenis tanaman yang lazim digunakan sebagai obat di daerah pemukiman

- c. Jenis tanaman yang dapat tumbuh dan hidup dengan baik di daerah pemukiman
- d. Jenis tanaman yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan lainnya, misalnya buah-buahan dan bumbu masak.
- e. Jenis tanaman yang hampir punah
- f. Jenis tanaman yang masih liar

Jenis tanaman obat adalah tanaman yang sudah lazim ditanam di pekarangan rumah atau tumbuh di daerah pemukiman.

#### 9. Saka Bhakti Husada

Saka bhakti husada adalah anggota pramuka yang menjadi kader pembangunan bidang kesehatan untuk melembagakan norma hidup sehat 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 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 di bawah ini dengan singkat dan jelas !

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

#### E. DAFTAR PUSTAKA

Alfitri, 2011. *Community Development Teori dan Aplikasi*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta

Depkes RI. 2008. Modul pelatihan bagi tenaga promosi kesehatan di lapangan. Sub Bidang diklat teknis kesehatan

Depkes RI, 2008. Modul Pelatihan bagi Tenaga Promkes di Puskesmas.

Depkes Ri, 2009. Pedoman pengembangan model operasional desa siaga. Dirjen bina kesehatan masyarakat

Dinas Kesehatan Propinsi Aceh, *Gerakan masyarakat Hidup Sehat*. Website, diakses pada tanggal 20 desember 2017 pukul 14.30 WIB.

Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan*. Graha Ilmu Yogyakarta

[http; www.academia.edu/8262629/SEJARAH\\_SAKA\\_BAKTI\\_HUSADA](http://www.academia.edu/8262629/SEJARAH_SAKA_BAKTI_HUSADA)

Ife, Jim dan Tesoriero, Frank. 2014. *Alternatif Pengembangan masyarakat di era globalisasi, community development*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta

Kemenkes RI. 2016. *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.

Nain, Umar. 2015. *Posyandu; Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta

Sulaeman, Endang Sutisna. 2016. Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi. Gajah Mada University Press.Yogyakarta.

## Glosarium

Advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat. Sehingga advokasi dapat diilustrasikan sebagai berikut.

Antisosial atau perilaku agresi merupakan setiap bentuk yang diarahkan untuk merusak atau melukai orang lain kemitraan adalah suatu kerja sama formal antar individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu.

*Aluk todolo* adalah sebuah kepercayaan leluhur yang tidak hanya memuat seperangkat aturan berkenaan dengan cara-cara melakukan ritual peribadatan, melainkan juga mengenai pandangan hidup yang mengandung konsepsi tentang ruang dan waktu, serta panduan perilaku bagi penganutnya.

Asosiasi adalah hubungan antara tanggapan yang satu dengan tanggapan yang lain di dalam diri seseorang.

Ceki adalah benda, baik binatang maupun tumbuhan, yang pantang untuk dimakan, disakiti, ataupun dibasmi.

Dana sehat merupakan upaya pemberdayaan masyarakat untuk menyediakan dana yang dapat digulirkan pada saat masyarakat mengalami masalah dalam kesehatannya.

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.

Desa/kelurahan siaga adalah desa/kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

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.

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.

Fantasi adalah kemampuan untuk membentuk tanggapan – tanggapan yang telah ada.

*Flyers* atau pesan singkat: merupakan dokumen satu halaman, yang biasanya dipakai untuk mempromosikan satu acara, aktivitas, atau jasa.

Ingat adalah kemampuan untuk menerima, menyimpan , dan memproktuksikan kesan – kesan.

Kebijakan publik berwawasan kesehatan adalah seperangkat kebijakan, peraturan, maupun regulasi yang menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan.

Kemitraan adalah hubungan timbal balik, hubungan akan bertahan lama jika kedua belah pihak yang bermitra merasa diuntungkan.

Kesehatan adalah kondisi seseorang yang tidak hanya terbebas dari penyakit fisik, namun kesehatan juga mencakup terbebasnya individu dari dari penyakit mental kejiwaan, penyakit sosial dan penyakit ekonomi.

Kognisi adalah gejala kejiwaan untuk mengenal objek (stimulus) yang datang diluar subjek.

*Lampek lima* adalah bilah sebanyak lima yang terbuat dari bambu untuk memotong tali pusar bayi).

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

Media adalah segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi.

Media elektronik merupakan kumpulan berbagai media informasi yang diproduksi dan disampaikan kepada sasaran melalui alat-alat elektronik.

Media grafis adalah media cetak yang digunakan dalam pendidikan kesehatan seperti poster, *leaflet*, gambar karikatur, lukisan, dan lain-lain.

Media luar ruangan menurut adalah semua iklan yang menjangkau konsumen ketika mereka sedang berada di luar rumah atau kantor.

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

Media tradisional sebagai bentuk-bentuk verbal, gerakan, lisan dan visual yang dikenal oleh masyarakat di daerah, diterima oleh mereka, dan diperdengarkan atau dipertunjukkan oleh dan/atau untuk mereka dengan maksud menghibur, memaklumkan, menjelaskan, mengajar, dan mendidik.

*Pelet betteng* adalah upacara selamatan 7 bulanan.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

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 kesejahteraannya.

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.

Polindes didirikan masyarakat untuk membantu persalinan ibu di wilayah masyarakat setempat.

Pos obat desa merupakan upaya masyarakat untuk menyediakan obat-obatan dasar seperti oralit sebagai upaya pertolongan pertama apabila terjadi kegawatdaruratan masalah kesehatan di masyarakat.

Posbindu didirikan oleh masyarakat sebagai upaya untuk memantau dan mengendalikan penyakit tidak meular pada lansia dan juga untuk menjaga derajat kesehatan lansia.

Poskestren adalah upaya pemberdayaan masyarakat di Pondok Pesantren yang merupakan upaya fasilitasi, agar warga pondok pesantren mengenal masalah kesehatan yang dihadapi,



merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat sesuai situasi, kondisi dan kebutuhan setempat.

Poster: merupakan sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata.

Posyandu merupakan kegiatan yang dimiliki oleh masyarakat sebagai upaya untuk memantau pertumbuhan balita.

Program Indonesia Sehat adalah salah satu program dari Agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia.

Promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri.

Program pendidikan kesehatan adalah kesempatan yang direncanakan untuk belajar tentang kesehatan, dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam tingkah laku.

Saka bakti husada adalah anggota pramuka yang menjadi kader pembangunan bidang kesehatan untuk melembagakan norma hidup sehat bagi semua anggota gerakan pramuka dan masyarakat di lingkungannya.

Ro'-moro' adalah kelapa muda.

Tanaman obat keluarga adalah tanaman hasil budidaya rumahan yang berkhasiat sebagai obat tanaman obat keluarga yang pada 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.

## Indeks

### A

advokasi.....	7, 14, 15, 36, 37, 38, 39, 41, 184
afektif.....	88, 89, 105
akulturasi.....	165
asimilasi.....	165

### B

bakat.....	128, 129
behavioral.....	See perilaku
bentuk kegiatan GERMAS.....	183

### C

ciri pemberdayaan masyarakat.....	74
Community Action.....	12
<i>community development</i> .....	65, 177
Community development.....	25
community fund.....	75
community knowledge.....	76
community leader.....	74
community material.....	75
community organization.....	75
community technology.....	76
<i>community-based development</i> .....	65
contoh program promosi kesehatan.....	178

### D

<i>decision makers</i> .....	39
<b>Deklarasi Alma Ata</b> .....	19, 20, 24
<b>Deklarasi Jakarta</b> .....	21, 27
<b>Deklarasi Shanghai</b> .....	24, 27
Desa siaga.....	190
Desa Siaga.....	190
<b>DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU</b> .....	108
determinan perilaku.....	108, 147
<i>Developing Personal Skill</i> .....	15
<i>Development</i> .....	130, 142
diagnosa perilaku dan lingkungan.....	146
diagnosis administrasi & kebijakan.....	149



diagnosis epidemiologi.....	144, 145
diagnosis sosial .....	144
dominan perilaku .....	109

---

## **E**

emosi.....	123, 124, 125, 126
Empowerment Group .....	65
enabling factors.....	148

---

## **F**

fantasi .....	117, 129
Force-field Paradigm.....	133

---

## **H**

H.L. BLUM.....	131
Healthy Public Policy .....	6

---

## **I**

Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat .....	76
Indikator penilaian UKS .....	191
indikator-indikator keberhasilan posyandu .....	187
intelengensi.....	128

---

## **J**

Jenis Kemitraan.....	57
jenis media romosi Kesehatan .....	90
jenis metode promosi kesehatan .....	83
<b>Jenis-Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan</b> .....	32
jenis-jenis pemberdayaan masyarakat.....	78

---

## **K**

karakteristik kemitraan .....	55, 62
kata kunci dalam kemitraan.....	55
kebijakan publik berwawasan kesehatan .....	6, 7, 11
Kebudayaan dan Kesehatan .....	169
kemitraan .....	10, 14, 21, 23, 24, 26, 34, 49, 54
kepribadian.....	128
kesehatan.....	52, 133, 146, 161, 170, 171

<b>Kesepakatan Helsinki</b> .....	23, 27
<b>Kesepakatan Meksiko</b> .....	22, 27
<b>Kesepakatan Nairobi</b> .....	See ottawa charter
koalisi .....	45, 47
kognisi .....	109, 128, 152
kognitif .....	89, 136
konasi .....	127, 152
konsep pemberdayaan masyarakat .....	65

---

## L

landasan kemitraan .....	55
<b>Langkah Advokasi</b> .....	51
lembaga swadaya masyarakat .....	10, 39, 73, 81
lingkungan fisik .....	6, 11, 13, 16, 125, 135, 149

---

## M

media elektronik .....	93
media grafis .....	90
media promosi kesehatan .....	87, 88, 100
media sosial .....	98
media tradisional .....	100
<b>Metode Advokasi</b> .....	49

---

## O

Ottawa Charter .....	6, 20, 33
----------------------	-----------

---

## P

partisipasi .....	33
Pelayanan Kesehatan Preventif .....	32
pemberdayaan .....	33, 64, 65
pemberdayaan masyarakat .....	10, 12, 23, 25, 65, 70, 75, 76, 77, 79, 80, 179
Pencegahan Primer .....	32
Pencegahan Sekunder .....	33
Pencegahan Tersier .....	33
pendekatan utama advokasi .....	48
pendidikan .....	184
pendidikan kesehatan .....	25, 90, 142
pengetahuan .....	See kognitif, See kognitif
pergeseran masyarakat dan kebudayaan .....	165
perilaku .....	171



Perilaku .....	130
perilaku kesehatan .....	142, 164
<b>Pernyataan Sundsvall</b> .....	21
<b>Piagam Bangkok</b> .....	23, 27
<i>Policy</i> .....	161
<i>policy makers</i> .....	39
Pos Obat Desa .....	79, 194
Pos Usaha Kesehatan Kerja .....	193
Posyandu .....	186
precede-proceed .....	142
predisposing factors .....	147
prinsip kemitraan .....	56, 62
prinsip pemberdayaan masyarakat .....	70
prinsip-prinsip advokasi .....	41
prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat .....	71
<b>prinsip-prinsip promosi kesehatan</b> .....	33, 34
Program Gerakan Masyarakat Sehat (Gernas) .....	182
Program Indonesia Sehat .....	179
Program Komunikasi, Informasi & Edukasi .....	184
promosi kesehatan .....	30, 177, 178
<i>Promosi Kesehatan</i> .....	130
PSM .....	79

---

## R

reinforcing factors .....	149
Rekomendasi Adelaide .....	6, 21
<i>Reorient Health Services</i> .....	15

---

## S

Saka Bhakti Husada .....	197
sasaran advokasi .....	39
Sasaran pemberdayaan masyarakat .....	77
sasaran Promosi Kesehatan .....	26
<b>Sasaran Promosi Kesehatan</b> .....	31
sehat .....	133
sikap .....	<i>See afektif, See afektif, See afektif, See afektif</i>
sosiologi kesehatan .....	164
strategi promosi kesehatan .....	20, 52
<i>Supportive Environment</i> .....	12

---

## T

tahap-tahap dalam program pemberdayaan kesehatan .....	178
teknik advokasi .....	42

<b>Teori Health Belief Model (HBM)</b> .....	156
<b>Teori Perilaku dari WHO</b> .....	155
<b>Teori Perilaku Snehandu B. Kar</b> .....	153
Teori SOR .....	152
tindakan	
psikomotor.....	109
TOGA .....	194
tujuan advokasi .....	41
tujuan gemas .....	183
tujuan pemberdayaan masyarakat .....	66
tujuan promosi kesehatan .....	30

---

## **U**

uji coba media .....	101
<b>UKBM</b> .....	79
<b>Unsur Dasar Advokasi</b> .....	45
Unsur pokok kemitraan .....	57
unsur-unsur kebudayaan.....	164
upaya kesehatan .....	80
Usaha Kesehatan Sekolah .....	191

---

## **W**

Well-being Paradigm.....	133
--------------------------	-----



# Buku Ajar

---

## ORIGINALITY REPORT

---

**26%**

SIMILARITY INDEX

**25%**

INTERNET SOURCES

**0%**

PUBLICATIONS

**2%**

STUDENT PAPERS

---

## PRIMARY SOURCES

---

**1**

**pt.scribd.com**

Internet Source

**10%**

**2**

**es.scribd.com**

Internet Source

**4%**

**3**

**www.tipsmengecilkanperut.info**

Internet Source

**3%**

**4**

**Submitted to Universitas Diponegoro**

Student Paper

**2%**

**5**

**ml.scribd.com**

Internet Source

**2%**

**6**

**www.scribd.com**

Internet Source

**2%**

**7**

**niningprastiwi27.blogspot.com**

Internet Source

**1%**

**8**

**www.lintasgayo.com**

Internet Source

**1%**

**9**

**asnawatistarwhite.blogspot.com**

Internet Source

**1%**

---

---

Exclude quotes      On

Exclude matches      Off

Exclude bibliography      On

# Buku Ajar

---

## GRADEMARK REPORT

---

FINAL GRADE

**/0**

GENERAL COMMENTS

**Instructor**

---

PAGE 1

---

PAGE 2

---

PAGE 3

---

PAGE 4

---

PAGE 5

---

PAGE 6

---

PAGE 7

---

PAGE 8

---

PAGE 9

---

PAGE 10

---

PAGE 11

---

PAGE 12

---

PAGE 13

---

PAGE 14

---

PAGE 15

---

PAGE 16

---

PAGE 17

---

PAGE 18

---

PAGE 19

---

PAGE 20

---

PAGE 21

---

PAGE 22

---

PAGE 23

---

PAGE 24

---

PAGE 25

---

PAGE 26

---

PAGE 27

---

PAGE 28

---

PAGE 29

---

PAGE 30

---

PAGE 31

---

PAGE 32

---

PAGE 33

---

PAGE 34

---

PAGE 35

---

PAGE 36

---

PAGE 37

---

PAGE 38

---

PAGE 39

---

PAGE 40

---

PAGE 41

---

PAGE 42

---

PAGE 43

---

PAGE 44

---

PAGE 45

---

PAGE 46

---

PAGE 47

---

PAGE 48

---

PAGE 49

---

PAGE 50

---

PAGE 51

---

PAGE 52

---

PAGE 53

---

PAGE 54

---

PAGE 55

---

PAGE 56

---

PAGE 57

---

PAGE 58

---

PAGE 59

---

PAGE 60

---

PAGE 61

---

PAGE 62

---

PAGE 63

---

PAGE 64

---

PAGE 65

---

PAGE 66

---

PAGE 67

---

PAGE 68

---

PAGE 69

---

PAGE 70

---

PAGE 71

---

PAGE 72

---

PAGE 73

---

PAGE 74

---

PAGE 75

---

PAGE 76

---

PAGE 77

---

PAGE 78

---

PAGE 79

---

PAGE 80

---

PAGE 81

---

PAGE 82

---

PAGE 83

---

PAGE 84

---

PAGE 85

---

PAGE 86

---

PAGE 87

---

PAGE 88

---

PAGE 89

---

PAGE 90

---

PAGE 91

---

PAGE 92

---

PAGE 93

---

PAGE 94

---

PAGE 95

---

PAGE 96

---

PAGE 97

---

PAGE 98

---

PAGE 99

---

PAGE 100

---

PAGE 101

---

PAGE 102

---

PAGE 103

---

PAGE 104

---

PAGE 105

---

PAGE 106

---

PAGE 107

---

PAGE 108

---

PAGE 109

---

PAGE 110

---

PAGE 111

---

PAGE 112

---

PAGE 113

---

PAGE 114

---

PAGE 115

---

PAGE 116

---

PAGE 117

---

PAGE 118

---

PAGE 119

---

PAGE 120

---

PAGE 121

---

PAGE 122

---

PAGE 123

---

PAGE 124

---

PAGE 125

---

PAGE 126

---

PAGE 127

---

PAGE 128

---

PAGE 129

---

PAGE 130

---

PAGE 131

---

PAGE 132

---

PAGE 133

---

PAGE 134

---

PAGE 135

---

PAGE 136

---

PAGE 137

---

PAGE 138

---

PAGE 139

---

PAGE 140

---

PAGE 141

---

PAGE 142

---

PAGE 143

---

PAGE 144

---

PAGE 145

---

PAGE 146

---

PAGE 147

---

PAGE 148

---

PAGE 149

---

PAGE 150

---

PAGE 151

---

PAGE 152

---

PAGE 153

---

PAGE 154

---

PAGE 155

---

PAGE 156

---

PAGE 157

---

PAGE 158

---

PAGE 159

---

PAGE 160

---

PAGE 161

---

PAGE 162

---

PAGE 163

---

PAGE 164

---

PAGE 165

---

PAGE 166

---

PAGE 167

---

PAGE 168

---

PAGE 169

---

PAGE 170

---

PAGE 171

---

PAGE 172

---

PAGE 173

---

PAGE 174

---

PAGE 175

---

PAGE 176

---

PAGE 177

---

PAGE 178

---

PAGE 179

---

PAGE 180

---

PAGE 181

---

PAGE 182

---

PAGE 183

---

PAGE 184

---

PAGE 185

---

PAGE 186

---

PAGE 187

---

PAGE 188

---

PAGE 189

---

PAGE 190

---

PAGE 191

---

PAGE 192

---

PAGE 193

---

PAGE 194

---

PAGE 195

---

PAGE 196

---

PAGE 197

---

PAGE 198

---

PAGE 199

---

PAGE 200

---

PAGE 201

---

PAGE 202

---

PAGE 203

---

PAGE 204

---

PAGE 205

---

PAGE 206

---

PAGE 207

---

PAGE 208

---