

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

PROMOSI KESEHATAN

DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:
Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif



PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000,00 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:

Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Judul Buku:

PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI PERSPEKTIF

Editor:

Nurjannah
Rizanna Rosemary
Said Usman
Hilman Syarif

Desain Sampul & Tata Letak:

Ni'am Widiyoko

ISBN: 978-623-264-693-3

E-ISBN: 978-623-264-692-6 (PDF)

Pracetak dan Produksi:

SYIAH KUALA UNIVERSITY PRESS

Penerbit:**Syiah Kuala University Press**

Jl. Tgk Chik Pante Kulu No.1 Kopelma Darussalam 23111,
Kec. Syiah Kuala. Banda Aceh, Aceh
Telp: 0651 - 8012221

Email:

upt.percetakan@unsyiah.ac.id
unsyiahpress@unsyiah.ac.id

Website:

<http://www.unsyiahpress.unsyiah.ac.id>

Cetakan Pertama, 2022

Digital, 2022

XXVIII + 386 (15 X 23)

Anggota IKAPI 018/DIA/2014

Anggota APPTI 005.101.1.09.2019

Dilarang keras memfotokopi atau memperbanyak sebagian atau seluruh buku ini tanpa seizin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xxi
KATA PENGANTAR	xxiii
PROLOG	xxv
DESKRIPSI TIM EDITOR.....	xxvii

BAB 1 PERKEMBANGAN TEORI PROMOSI KESEHATAN..... 1

TEORI *POSTCOLONIAL* DAN APLIKASINYA DALAM KOMUNIKASI KESEHATAN..... 3

1. Pendahuluan	4
2. <i>Sub-altern</i>	5
3. <i>Orientalism</i>	7
4. <i>Othering</i>	10
5. <i>Counter-Discourse</i>	12
6. Kritik terhadap Teori <i>Postcolonial</i>	15
7. Pengembangan Aplikasi Teori <i>Postcolonial</i>	16
8. Kesimpulan.....	16

DAFTAR PUSTAKA..... 17

DESKRIPSI PENULIS..... 21

PROMOSI KESEHATAN SEBAGAI PARADIGMA PEMBANGUNAN KESEHATAN DI ABAD 21 23

1. Pendahuluan: Kesehatan masyarakat dan Promosi kesehatan	24
2. Tonggak Sejarah Kesehatan Masyarakat	25
2.1. <i>Health Protection (antiquity – 1830s)</i>	26
2.2. <i>Miasma Control (1840s – 1870s)</i>	26
2.3. <i>Contagion Control (1880s – 1930s)</i>	27
2.4. <i>Preventive Medicine (1940s – 1960s)</i>	27
2.5. <i>Primary Health Care (1970s – 1980s)</i>	28
2.6. <i>Health Promotion (1990s – Present)</i>	28
2.7. Warisan dan Inovasi dalam Promosi Kesehatan.....	29
3. Konsep Promosi Kesehatan.....	31
3.1 Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan	31
3.2 Saran Tindakan Promosi Kesehatan.....	32
3.2.1 Membangun Kebijakan Publik yang Berwawasan Kesehatan	32
3.2.2 Menciptakan Lingkungan yang Mendukung	33
3.2.3 Memperkuat Tindakan Masyarakat.....	33

3.2.4	Mengembangkan Keterampilan Pribadi.....	34
3.2.5	Menata Ulang Orientasi Layanan Kesehatan	34
3.3	<i>Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy</i> 5-9 April 1988	35
3.3.1	Jiwa Alma-Ata	35
3.3.2	Area Aksi.....	35
3.4	<i>Sundsvall Statement on Supportive Environments for</i> <i>Health 9-15 June 1991</i>	36
3.4.1	Dimensi Aksi tentang Lingkungan Suportif untuk Kesehatan	36
3.4.2	Bisa Dilakukan: Memperkuat Tindakan Sosial.....	37
3.5	<i>Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into</i> <i>the 21st Century 21-25 July 1997</i>	38
3.5.1	Determinan kesehatan: Tantangan baru.....	39
3.5.2	Prioritas promosi kesehatan di Abad 21	40
4.	Promosi Kesehatan sebagai Paradigma Pembangunan Kesehatan di Abad 21	40
4.1	Sinkronisasi Konsep SEHAT dari WHO dengan Konsep Pembangunan Berkelanjutan.....	41
4.2	Landasan Historis dan Teoritis Perencanaan Kota dan Kesehatan Masyarakat.....	44
4.3	Konsep Pembangunan oleh Komisi Brundtland: <i>Our common future</i>	46
4.3.1	Tujuan SDGs secara Ringkas.....	46
4.3.2	Sinkronisasi Konsep Promosi Kesehatan dan SDGs.....	47
5.	Konsep Promosi Kesehatan	49
5.1	Promosi Kesehatan adalah <i>Context Driven</i>	49
5.2	Promosi Kesehatan Mengintegrasikan Tiga Dimensi dalam Definisi Sehat WHO	50
5.3	Promosi Kesehatan Menopang Semua Tanggung Jawab Pemerintah dalam Mempromosikan Kesehatan	50
5.4	Promosi Kesehatan Memperjuangkan <i>Good Health</i> sebagai Kepentingan Publik (<i>Public Good</i>).....	50
5.5	Partisipasi sebagai Asas Inti dalam Mempromosikan Kesehatan	50
6.	Tantangan dan Perubahan Konteks sebagai Paradigma Pembangunan Kesehatan	51
6.1	Perubahan Beban Kesehatan dan Faktor Penentu Kesehatan yang Kompleks	51

6.2	Ketidakadilan dan Kesehatan	52
6.3	Revolusi Komunikasi	53
6.4	Ketidakadilan dan Kesehatan Meningkatnya dan Meluasnya Demokratisasi di Negara-Negara di Seluruh Dunia	53
6.5	Globalisasi	54
6.6	Ancaman Perang dan Teorisme	54
7.	Penutup	55
	DAFTAR PUSTAKA	57
	DESKRIPSI PENULIS	59

	MEDIA PROMOSI KESEHATAN ERA DIGITAL: KONSEP DAN BEST PRACTICES	61
1.	Pendahuluan: Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan	62
2.	Terminologi / Konsep	62
2.1	Promosi Kesehatan	62
2.2	Media Promosi Kesehatan	63
2.3	Digital	63
2.4	MHealth	63
2.5	Kelebihan dan Kelemahan Media Promosi Kesehatan Era Digital	64
3.	<i>Best Practices</i>	64

	DAFTAR PUSTAKA	68
	DESKRIPSI PENULIS	71

	PROMOSI KESEHATAN DALAM KONTEKS ILMU KEPERAWATAN	73
1.	Praktik Keperawatan Profesional dan Promosi Kesehatan	74
2.	Metaparadigma Keperawatan	74
3.	Konsep Manusia, Lingkungan, Kesehatan dan Keperawatan	75
3.1	Konsep Manusia	76
3.2	Konsep Lingkungan	77
3.3	Konsep Kesehatan	78
3.4	Konsep Keperawatan	79
4.	Mengintegrasikan Konsep Promosi Kesehatan Ke dalam Praktik Keperawatan	80
4.1	Model Promosi Kesehatan Pender	81
4.2	Model Sistem Adaptasi Roy	83
5.	Proses Keperawatan dan Promosi Kesehatan	85
5.1	Pengkajian	85
5.2	Diagnosa	85
5.3	Perencanaan	86

5.4 Implementasi	86
5.5 Evaluasi	87
6. Proses Keperawatan dan Promosi Kesehatan.....	87
6.1 Individu	87
6.2 Keluarga	88
6.3 Masyarakat.....	88
7. Penutup	89
DAFTAR PUSTAKA	89
DESKRIPSI PENULIS	90

TEORI KRITIS TINDAKAN KOMUNIKATIF HABERNAS DALAM PENELITIAN PROMOSI KESEHATAN	93
1. Teori Kritis Tindakan Komunikatif	94
2. Landasan Teori Kritis Aksi Tindakan Habermas	94
2.1 Konteks Dialog Kritis dan Reflektif.....	94
2.1.1 Prinsip Emansipatoris	95
2.1.2 Prinsip Rasionalisasi.....	95
2.1.3 Kritik Habermas terhadap Sistem Kesehatan.....	97
3. Teori Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Partisipatif.....	97
3.1 Teori Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Promosi Kesehatan	99
3.1.1 Pemberdayaan Masyarakat dan Emansipasi	100
3.1.2 Mengidentifikasi Bentuk Ketimpangan dalam Status Kesehatan.....	101
3.1.3 Menganalisis Determinan Kesehatan	101
3.1.4 Mendorong Partisipasi Masyarakat	101
3.1.5 Mendorong Upaya Pemberdayaan Masyarakat	102
3.1.6 Kemitraan dan Kerjasama antar Sektor.....	103
3.1.7 Intervensi Sosial melalui Proses Pemberdayaan	104
4. Aplikasi Tindakan Komunikatif dalam Penelitian Promosi Kesehatan: Penggunaan Internet untuk Pencegahan HIV	104
4.1 Intervensi Sosial melalui Proses Pemberdayaan.....	105
4.2 Internet sebagai Saluran Upaya Pencegahan HIV	105
4.3 Langkah-Langkah Penelitian.....	106
4.4 Hasil Penelitian dan Refleksi	107
4.5 HIV dalam Konteks Dunia System (<i>System World</i>)	107
4.6 HIV dalam Konteks Dunia Realitas LSL (<i>Life World</i>)	108
4.7 Kelemahan Tindakan Komunikatif dan PAR	110
4.8 Kesimpulan dan Penutup	110
DAFTAR PUSTAKA	112
DESKRIPSI PENULIS	115

BAB 2 METODE DAN KAJIAN PROMOSI KESEHATAN 117

**DINAMIKA KOMUNIKASI PROTOKOL KESEHATAN COVID-19:
STUDI KASUS ACEH BESAR 119**

- 1. Komunikasi Kesehatan dalam Isu COVID-19..... 120
- 2. COVID-19 dan Permasalahannya 121
 - 2.1 Perkembangan Kasus COVID-19 di Indonesia 121
 - 2.2 Sosialisasi Protokol Kesehatan COVID-19 dengan Pendekatan “atas-bawah” Pemerintah kepada Masyarakat 123
- 3. Peran Dinas Kesehatan Aceh Besar dalam Sosialisasi Bahaya COVID-19 124
 - 3.1 Struktur dan Demografi Masyarakat Aceh Besar 124
 - 3.2 Strategi Dinas Kesehatan Aceh Besar dalam Pengamatan dan wawancara 127
- 4. Respon Masyarakat Aceh Besar Tentang COVID-19..... 130
 - 4.1 Hambatan Sosial Budaya dan Agama 130
 - 4.2 Kisah Sukses Promkes dan Pelibatan Peran Tokoh Masyarakat..... 132
 - 4.3 Tantangan dan Peluang Promkes COVID-19 di Kabupaten Aceh Besar 133

DAFTAR PUSTAKA 135

DESKRIPSI PENULIS 137

KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM KEDOKTERAN GIGI..... 139

- 1. Komunikasi Efektif..... 140
- 2. Komunikasi Interpersonal 142
 - 2.1 Strategi Komunikasi Interpersonal 143
 - 2.2 Dampak Komunikasi Interpersonal 146
- 3. Komunikasi antara Dokter Gigi dan Pasien..... 147
- 4. Hambatan dalam Komunikasi Interpersonal Dokter Gigi dan Pasien..... 147
- 5. Indikator Kepercayaan untuk Menguji Kemampuan Komunikasi Interpersonal Interpersonal di Kedokteran Gigi..... 149

DAFTAR PUSTAKA 150

DESKRIPSI PENULIS 151

**PENGABAIAN PESAN PROMOSI KESEHATAN TERKAIT
PENCEGAHAN PENULARAN COVID-19 DI INDONESIA:
APA YANG SALAH? 153**

- 1. COVID-19 di Indonesia..... 154
- 2. Kebijakan Penanganan COVID-19 di Indonesia 155

3. Tinjauan Hukum atas Kebijakan Penanganan COVID-19.....	156
4. Analisis Perilaku Pengabaian Anjuran Penanganan dan Pencegahan COVID-19.....	163
5. Kesimpulan.....	166
DAFTAR PUSTAKA.....	167
DESKRIPSI PENULIS.....	170

FEMINIST-PARTISIPASI, AKSI DAN RISET (FPAR) DALAM UPAYA PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN HIV PADA IBU RUMAH TANGGA..... 173

1. Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	174
1.1 Platform (Landasan) untuk Aksi Promosi Kesehatan.....	175
1.2 Nilai-Nilai Dasar dalam Promosi Kesehatan	183
1.3 Asas Keadilan dan Kesehatan dalam Kesehatan.....	183
1.4 Kemitraan dan Kerjasama antar Bidang	183
1.5 Kesehatan sebagai Tanggung Jawab Bersama (<i>Health as a Collective Responsibility</i>)	184
1.6 Pembangunan Kesehatan sebagai Proses Demokrasi	185
2. PAR: Partisipasi, Aksi dan Riset.....	185
2.1 Apa itu PAR?.....	185
2.2 Penelitian yang Memusatkan pada Partisipasi Kolektif	186
2.3 Bagaimana Implementasi PAR?	187
3. <i>Feminist Participatory Action Research: The 'F' in PAR</i>	188
4. Contoh Penggunaan FPAR di Penelitian Promosi Kesehatan.....	196
5. <i>Feminist Participatory Action Research: The 'F' in PAR</i>	204
DAFTAR PUSTAKA.....	205
DESKRIPSI PENULIS.....	209

BERSATU UNTUK SEHAT: PROMOSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS..... 211

1. Konsep Komunitas	213
1.1 Kelompok sosial	213
1.2 Komunitas	214
1.2.1 Pengertian Komunitas.....	214
1.2.2 Komunitas sebagai Modal Sosial.....	215
2. Psikologi Komunitas	217
2.1 Prinsip-Prinsip Psikologi Komunitas.....	217
2.2 Perubahan Sosial.....	218
3. Intervensi Komunitas	220
3.1 Asesmen	220



3.1.1	Pengertian dan Fungsi Asesmen	220
3.1.2	Jenis-Jenis Asesmen	220
3.1.3	Metode Asesmen	221
3.2	Dasar-Dasar Intervensi	223
3.2.1	Pengertian dan Prinsip Intervensi	223
3.2.2	Prevensi dan Promosi	224
4.	Perencanaan Promosi	225
4.1	<i>Goal Setting</i>	225
4.2	<i>Participate Design</i>	226
4.2.1	Kemitraan	226
4.2.2	Partisipasi Komunitas	227
4.3	Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan	227
5.	Strategi Promosi	230
5.1	Informasional	230
5.1.1	Psikoedukasi	231
5.1.2	Pelatihan	231
5.2	Institusional	233
6.	Evaluasi Program	236
6.1	Monitoring	236
6.2	Evaluasi	237
6.3	Penerapan Kebijakan Sekolah	239
7.	Contoh Implementasi	240
7.1	Pendampingan Pembentukan Komunitas Remaja Sehat	240
7.2	Penyusunan rencana program	241
8.	Asesmen	242
9.	Intervensi	243
10.	Kelemahan Program	243
11.	Kesimpulan	244
	DAFTAR PUSTAKA	244
	DESKRIPSI PENULIS	246

	PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH (REVITALISASI PROGRAM KESEHATAN SEKOLAH MENUJU SEKOLAH BERWAWASAN KESEHATAN)	249
1.	Perkembangan Promosi Kesehatan Sekolah di Indonesia	250
2.	Konsep Sekolah Berwawasan Kesehatan (<i>Health Promoting School/HPS</i>)	253
3.	Tantangan Sekolah Menuju Sekolah Berwawasan Kesehatan	257
3.1	Pelibatan Staf Kesehatan dan Pendidikan, Guru, Orangtua, Tokoh Masyarakat dalam Upaya Promosi Kesehatan di Sekolah	257

3.2	Penjaminan Lingkungan yang Sehat dan Aman, baik Fisik maupun Psikososial	259
3.3	Penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan Berbasis Keterampilan Hidup yang Efektif	260
3.4	Penyediaan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan	261
3.5	Penerapan Kebijakan Sekolah	262
3.6	Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat secara Menyeluruh	262
4.	Penutup	263
	DAFTAR PUSTAKA	264
	DESKRIPSI PENULIS	266

BAB 3 PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI ASPEK 269

KOMUNIKASI PARENTAL YANG POSITIF SEBAGAI BENTUK PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUAL PADA ANAK USIA DINI 271

1.	Jenis <i>Sex Education</i> dan Efektivitasnya	274
2.	Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksual pada Anak Usia Dini	275
3.	Konsep Promosi Kesehatan	277
3.1	Komunikasi Positif	278
3.2	Komunikasi Parental	279

	DAFTAR PUSTAKA	282
	DESKRIPSI PENULIS	284

PERAN PUSTAKAWAN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS BERDASAR BUKTI TERKINI (*EVIDENCE BASED MEDICINE*) 285

1.	Pustakawan dalam Perspektif Promosi Kesehatan	286
2.	Literasi Informasi dalam Promosi Kesehatan	287
3.	Promosi Kesehatan yang Mencerdaskan Masyarakat	289
4.	Pustakawan dalam Promosi Kesehatan	292

	DAFTAR PUSTAKA	293
	DESKRIPSI PENULIS	293

WISATA SEHAT KEBANGKITAN PARIWISATA PASCA PANDEMI COVID-19: PERSPEKTIF PROMOSI KESEHATAN 295

1.	Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	296
1.1	Agent dan cara penularannya	296
1.2	Bagaimana Pengobatan dan Pencegahan COVID-19?	297
1.3	Siapa Orang yang Rentan dan Berisiko?	298

2. COVID-19 dan Pariwisata	299
2.1 Dampak COVID-19 terhadap Pariwisata	299
2.2 Memprediksi Perilaku Wisatawan dan Optimisme Pelaku Pariwisata Pasca-pandemi COVID-19	301
2.2.1 Teori Psikologi.....	301
2.2.2 Teori Sosial	302
2.3 Harapan Sektor Pariwisata Pasca Pandemi COVID-19.....	303
2.4 Standar Upaya Kesehatan Pariwisata	304
2.5 Pendekatan Promosi Kesehatan dan Peran Promotor Kesehatan untuk Kebangkitan Pariwisata.....	306

DAFTAR PUSTAKA.....	308
DESKRIPSI PENULIS.....	312

**BUDAYA MERARIK PENAMBAH KUSUT ISU KESEHATAN
IBU DAN ANAK DI NTB.....** 315

1. Promosi Kesehatan: Definisi, Landasan Nilai dan Platform untuk Aksi	316
2. Kesiapan Menikah	319
3. Penduduk NTB serta Status Kesehatan Ibu dan Anak.....	321
4. Status Kesehatan Ibu dan Anak di NTB	322
5. Upaya-Upaya yang dilakukan NTB untuk Mengurai Benang Kusut Budaya Merarik	325
6. Tantangan dan Rekomendasi Promosi-Prevensi Merarik	327
7. Kesimpulan	330

DAFTAR PUSTAKA.....	331
DESKRIPSI PENULIS.....	334

**PERSPEKTIF MASYARAKAT PINGGIRAN DAN RISIKO
TERKAIT PERNIKAHAN DI USIA DINI.....** 335

1. Terminologi Terkait Pernikahan Dini	336
1.1 Anak	336
1.2 Remaja	336
1.3 Pernikahan	337
1.4 Pernikahan Anak	337
1.5 Pernikahan yang Dipaksakan.....	338
1.6 Gender	338
2. Gambaran Kejadian Pernikahan Dini	338
2.1 Gambaran Global	338
2.2 Gambaran Nasional	339
2.3 Gambaran Lokal	340
3. Hak Asasi Manusia dan Hak-Hak Kesehatan Reproduksi	341
4. Perspektif Masyarakat Pinggiran Tentang Pernikahan Dini	342

4.1	Sosioekonomi	343
4.2	Pengetahuan	344
4.3	Program Kesehatan Reproduksi Remaja	345
4.3.1	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	345
4.3.2	Program GenRe (Generasi Berencana) melalui Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK KRR).....	346
4.3.3	Adaptasi Program DAKU! di Indonesia berdasarkan Program WSWM di Uganda.....	347
4.4	Pengaruh Lingkungan	349
4.5	Peraturan.....	350
4.6	Tata Nilai, Norma, Tradisi dan Budaya	350
5.	Dampak Pernikahan Dini	352
5.1	Fisik dan Kesehatan	352
5.2	Mental/Psikologis	352
5.3	Sosial dan Ekonomi.....	353
6.	Langkah Praktis dalam Pencegahan Pernikahan Dini	353
6.1	Penguatan Hukum dan Kebijakan Perlindungan Hak Anak Perempuan	353
6.2	Memastikan Pelayanan Pendidikan dan Kesehatan yang Berkualitas.....	354
6.3	Mengatasi Kemiskinan	355
6.4	Perubahan Pola Pikir Masyarakat terkait Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR), Kesetaraan Gender dan Partisipasi Kaum Muda	355
7.	Kesimpulan	358
	DAFTAR PUSTAKA	359
	DESKRIPSI PENULIS	363

PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT: IMPLEMENTASI RUMAH TANPA ASAP ROKOK (RUTAR) DAN POLA MEROKOK

	MASYARAKAT	365
1.	Pengembangan Rumah Tanpa Asap Rokok (RUTAR)	366
2.	Implementasi Program Rumah Tanpa Asap Rokok (RUTAR)	369
3.	Pola Merokok Masyarakat	370
4.	Dampak Penerapan Program RUTAR terhadap Pola Merokok Masyarakat	371
5.	Kesimpulan	375
	DAFTAR PUSTAKA	375
	DESKRIPSI PENULIS	377

FAKTOR DETERMINAN DALAM PROMOSI KESEHATAN UNTUK PENCEGAHAN <i>STUNTING</i> DI JAWA BARAT	379
1. Pendahuluan	380
2. Sikap masyarakat untuk berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	381
3. Norma subjektif atau dukungan sosial dalam berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	381
4. Persepsi kontrol perilaku dalam berperilaku pencegahan <i>stunting</i>	382
5. Kesimpulan	383
DAFTAR PUSTAKA	383
DESKRIPSI PENULIS	385

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Public Health Outcomes Support Sustainable Development.....	43
Gambar 2. Metaparadigma Keperawatan Sumber: Nursology, 2018	76
Gambar 3. Model Promosi Kesehatan Pender Sumber: NurseLab, 2018	83
Gambar 4. Model Sistem Adaptasi Roy Sumber: Nursology, 2018	84
Gambar 5. Tangga Partisipasi Arstein (Arstein, 1969)	102
Gambar 6. Process of the research (Lubis, 2018)	107
Gambar 7. Beberapa ide dalam kampanye penggunaan kondom	108
Gambar 8. Ide salah satu kelompok terhadap upaya pencegahan HIV berbasis-internet (Lubis, 2018)	110
Gambar 9. Peta Kabupaten Aceh Besar Sumber: https://petatematikindo.wordpress.com/2013/04/21/administrasi-kabupaten-aceh-besar/	126
Gambar 10. Peta Penyebaran Kasus COVID-19 di Kabupaten Aceh Besar	126
Gambar 11. Ilustrasi Komunikasi Dokter gigi dan Pasien Sumber: Pribadi.....	141
Gambar 12. Bentuk Komunikasi Dokter gigi dan Pasien	142
Gambar 13. Strategi komunikasi berbasis CLASS untuk dokter gigi Sumber: https://www.nature.com/articles/4800251	143
Gambar 14. Metode Surety Sumber: https://pressbooks.library.ryerson.ca/communicationnursing/chapter/non-verbal-communication/	146
Gambar 15. Irisan Elemen Partisipasi, Aksi dan Riset Sumber: adaptasi dari (Lawson et al., 2015).....	186
Gambar 16. Proses Partisipasi, Aksi dan Riset dengan proses yang berulang-ulang Sumber: (McIntyre, 2008)	187
Gambar 17. Sembilan Landasan Prinsip-Prinsip FPAR Sumber: (Asian Pacific Forum on Women, 2020)	191
Gambar 18. Interseksionalitas Sumber: (Amineh and Asl, 2015)	193

Gambar 19. Proses FPAR 1 Sumber: (Widjaja and Matitaputty, 2018)	196
Gambar 20. Kolase oleh Ibu positif HIV: Kompleksitas Penularan HIV pada ibu rumah tangga Sumber: (Najmah, Davies and Andajani, 2020).....	200
Gambar 21. Partisipasi dan Aksi: Brainstorming inti pesan untuk lagu, memodifikasi lirik, dan menyanyikan lagu dengan menggunakan media wayang Sumber: Najmah, 2019.....	202
Gambar 22. Contoh poster terkait Promosi HIV pada di dua rumah sakit di Palembang, Sumatera Selatan Sumber: data primer (Najmah, 2019)	204
Gambar 23. Komunitas sepeda sebagai sarana promosi kesehatan	213
Gambar 24. FGD sebagai salah satu metode utama asesmen komunitas.....	221
Gambar 25. Pelatihan terhadap komunitas	232
Gambar 26. Pembentukan Komunitas Remaja Sehat Ujung Krawang.....	241
Gambar 27. Kegiatan Futsal Komunitas Remaja Sehat	241
Gambar 28. Segitiga Hijau beserta 8 Goal UKS	251
Gambar 29. Program Bersih Pantai oleh siswa, guru, karyawan serta Kepala Sekolah Sumber: dokumen penulis.....	252
Gambar 30. Ruang UKS sebagai implementasi salah satu indikator Trias UKS Sumber: dokumen penulis	252
Gambar 31. Bentuk kerjasama dengan sektor industri dalam penyediaan prasarana sekolah Sumber: dokumen penulis.....	259
Gambar 32. Kegiatan Trias ke-2 UKS oleh petugas Puskesmas dan kader sekolah Sumber : dokumen penulis.....	261
Gambar 33. Tesis “ Modul PIJAR untuk meningkatkan skill komunikasi orang tua dalam menyampaikan materi kesehatan reproduksi” Sumber: Burrahmah (2018).....	281
Gambar 34. Variabel Promosi Kesehatan.....	288
Gambar 35. Flyer Promosi Kesehatan Dapat Dipertanggungjawabkan Kebenarannya Sumber : Health Promoting University UGM (2020)	291

Gambar 36. Rata-rata usia pernikahan pertama perempuan usia di atas 10 tahun di Provinsi NTB tahun 2009 - 2017. Sumber: BPS Provinsi NTB, 2018 dalam DinKes Prov. NTB, 2019.....	318
Gambar 37. Persentase angka melek huruf Provinsi NTB 2014 - 2018. Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2019.....	321
Gambar 38. Jumlah kematian ibu di Provinsi NTB tahun 2014 - 2018.....	323
Gambar 39. Sebaran Data Perempuan Usia 20-24 tahun yang Menikah Sebelum Usia 18 Tahun.....	341
Gambar 40. WHO Framework for Scaling Up Sumber: (Pozo et al., 2015).....	357
Gambar 41. Tahapan Pengembangan RUTAR	368
Gambar 42. Indikator Program RUTAR	369
Gambar 43. Hasil observasi indikator program RUTAR.....	370
Gambar 44. Pola Merokok Masyarakat setelah penerapan Program RUTAR.....	371

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Berbagai Konsep dalam Teori Postcolonial.....	5
Tabel 2. Ringkasan Studi Efektivitas Penggunaan Media Promosi Kesehatan Berbasis Digital.....	67
Tabel 3. Rangkuman Kegiatan Penyuluhan COVID-19 Dinas Kesehatan Aceh Besar	127
Tabel 4. Jenis Komunikasi Yang Terjadi Dalam Merawat Pasien Gigi	142
Tabel 5. Variabel dalam kepercayaan pasien saat ingin melakukan perawatan gigi	149
Tabel 6. Peraturan Terkait Penanganan COVID-19	157
Tabel 7. Perjalanan Konferensi Promosi Kesehatan Global 1986-2016	177
Tabel 8. Strategi Promosi Kesehatan Komunitas dan Contohnya	228
Tabel 9. Elemen dan Indikator Health Promoting School.....	254
Tabel 10. Kurikulum Materi Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Anak Usia 5-8 Tahun	275
Tabel 11. Angka Prevalensi Pernikahan Dini di Negara-Negara ASEAN.....	340
Tabel 12. Gambaran Teknis Kegiatan Remaja dalam Program GenRe.....	347
Tabel 13. Hasil Uji Bivariat antara Pelaksanaan Program RUTAR dan Pola Merokok Masyarakat.....	372

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah, kita panjatkan puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Kuasa, Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang tanpa henti mengucurkan rahmat bagi kita dan sekalian alam.

Salah satu indikator kualitas kesehatan individu dan masyarakat, baik fisik dan mental, sangat bergantung pada keberhasilan promosi kesehatan serta strategi komunikasi kesehatan yang efektif. Promosi kesehatan yang menekankan pada upaya pencegahan perilaku berisiko adalah sama pentingnya dengan upaya yang berfokus pada upaya kuratif dan rehabilitatif.

Walau hasil yang tampak dari promosi kesehatan yang baik baru dapat dirasakan dalam waktu yang relatif lama, namun intervensi promosi dan preventif (pencegahan) dipandang lebih efisien secara ekonomi bila dibandingkan dengan biaya mahal yang harus dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan pasien yang sakit, maupun dampak sosial ekonomi yang harus ditanggung keluarga pasien.

Buku ini memaparkan berbagai cerita dan contoh kasus praktik dan penerapan promosi kesehatan dari beragam isu kesehatan yang terjadi di masyarakat, seperti kesehatan ibu dan anak hingga isu kesehatan terkini wabah COVID-19.

Melalui ini saya selaku Rektor Universitas Syiah Kuala menghaturkan terima kasih kepada seluruh penulis yang telah berkenan berbagi sudut pandangnya melalui buku ini. Terima kasih juga saya sampaikan kepada Tim Editor yang telah berkenan mengawal perjalanan buku ini.

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh

Darussalam, 15 Februari 2022

Prof. Dr. Ir. Samsul Rizal, M. Eng.

PROLOG

Pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promosi kesehatan (promkes) masyarakat bukan hanya melibatkan stakeholder atau pemangku kepentingan di bagian kesehatan saja akan tetapi di luar bagian kesehatan juga. Promosi kesehatan menggunakan pendekatan yang interdisipliner atau lintas sektor seperti komunikasi, media, kebijakan, budaya dan disiplin ilmu lainnya.

Buku yang diterbitkan USK Press ini mengulas “Promosi Kesehatan dalam Berbagai Perspektif” dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia khususnya. Buku ini diangkat mengingat masih banyak munculnya mis-interpretasi akan peran dan manfaat strategis promosi kesehatan khususnya dalam meningkatkan derajat kualitas kesehatan individu dan masyarakat.

Merujuk Ottawa Charter (1986), Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Penerapan promosi kesehatan tidak selalu berjalan mulus namun senantiasa berhadapan dengan berbagai macam tantangan dan hambatan baik secara proses maupun implikasi dari kegiatan komunikasi kesehatan masyarakat yang dilakukan. Namun dibalik segala kendala yang dimiliki, selalu ada peluang untuk menjalankan promkes yang efektif yang memiliki nilai signifikan dalam pembangunan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia.

Buku ini merupakan kumpulan 18 karya tulisan dari beragam penulis dengan latar belakang akademisi antar disiplin maupun praktisi kesehatan masyarakat secara khusus. Tulisan dalam buku ini merupakan hasil penelitian dan kajian literatur yang diangkat penulis untuk mendeskripsikan dan menjelaskan berbagai ruang lingkup promosi kesehatan masyarakat dari berbagai perspektif secara teoritis maupun praktis.

Karya tulis ini memaparkan berbagai contoh pendekatan promosi kesehatan secara konvensional maupun yang modern dengan pemanfaatan media digital; baik dalam isu kesehatan yang sudah sejak

lama ada, seperti kesehatan dan kematian ibu dan anak hingga isu kesehatan terbaru, seperti pandemi virus Corona (COVID-19).

Buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif dalam menelaah konsep, peran, dan promosi kesehatan masyarakat dan dapat dijadikan sumber rujukan untuk pembelajaran dari berbagai kisah sukses beberapa studi kasus yang tertuang dalam bab-bab di buku ini.

Tim Editor:

dr. Nurjannah, MPH., PhD

Rizanna Rosemary, M.Si., MHC, PhD

Dr. Said Usman, S.Pd., M.Kes

Dr. Ns. Hilman Syarif, M.Kep., Sp.Kep.MB



Bab 3

PROMOSI KESEHATAN DALAM BERBAGAI ASPEK KESEHATAN

PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT: IMPLEMENTASI RUMAH TANPA ASAP ROKOK (RUTAR) DAN POLA MEROKOK MASYARAKAT

Heni Trisnowati¹ & Abdillah Ahsan²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta,
Telp. 08176362938

²Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat
Email : hentris27@gmail.com

1. Pengembangan Rumah Tanpa Asap Rokok (RUTAR)

Penggunaan tembakau yang salah satunya adalah perilaku merokok merupakan penyebab kematian di dunia yang dapat dicegah (World Health Organization, 2008). Penggunaan tembakau akan membunuh lebih dari 5 juta orang, melebihi penyakit tuberkulosis, malaria dan HIV/AIDS. Jumlah korban meninggal dunia melebihi delapan juta per tahun jika tidak ada upaya pengendalian. Tanpa usaha pengendalian dan pencegahan penggunaan tembakau yang signifikan maka jumlah kurban meninggal bisa mencapai satu milyar orang selama satu abad (World Health Organization, 2008). Perilaku merokok menjadi faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler seperti jantung koroner, tekanan darah tinggi, serangan jantung, stroke, dan penyakit jantung rematik (Infodatin (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Saat ini terdapat sekitar 66,3% penduduk Yogyakarta yang merokok dan jumlah rokok yang dihisap rata-rata 1-10 batang perhari. Sebagian besar perokok (66,9%) merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga (Kemenkes, 2013). Hal ini sejalan dengan data terbaru bahwa sebagian besar penduduk Yogyakarta merokok di dalam rumah baik yang tinggal di pedesaan (87,2%) maupun perkotaan (74,7%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia and Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

Program Rumah Tanpa Asap Rokok (RUTAR) merupakan program Inovasi Kawasan Tanpa Rokok berbasis masyarakat yang bertujuan untuk melindungi masyarakat terutama ibu-ibu dan anak-anak dari paparan asap rokok, membudayakan pola hidup sehat, dan menekan munculnya perokok pemula seperti anak-anak dan remaja. Sasaran utama sosialisasi program rutar adalah tokoh masyarakat, stakeholder pada setiap wilayah seperti ketua Rukun Tetangga (RT), Rukun Wilayah (RW), dan Lurah kemudian warga masyarakat secara umum melalui pertemuan tingkat desa atau tingkat RT, RW. Program rutar merupakan salah satu upaya promosi kesehatan untuk melindungi kesehatan masyarakat terutama para perokok pasif seperti ibu-ibu, anak-anak dan remaja.

Dusun Karet terletak di Kecamatan Pleret, Kabupaten Bantul, Yogyakarta merupakan wilayah pilot projek untuk program rutar. Hasil studi pendahuluan di wilayah tersebut diperoleh data bahwa hampir 100% kepala keluarga merokok, dan umumnya mereka merokok di dalam rumah. Hal ini menyebabkan anggota keluarga yang tidak merokok seperti ibu-ibu dan anak-anak terkena paparan asap rokok. Fenomena ini berlangsung

terus menerus sehingga dapat mengganggu kesehatan misalnya anak-anak yang sakit batuk sulit sembuh, dan udara dalam rumah menjadi kurang segar karena bercampur dengan asap rokok

Tahapan pengembangan rutar mengacu pada teori perubahan perilaku pada tingkat komunitas yaitu difusi inovasi (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). Tahapan proses difusi inovasi terdiri dari 1) pengembangan inovasi, 2) diseminasi, 3) adopsi, 4) implementation, 5) *maintenance dan sustainability*, 6) instituniasasi (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). Tahap 1, Pengembangan inovasi, yang paling penting pada tahap ini adalah menentukan sasaran program melalui strategi social marketing dan menentukan bentuk intervensi program promosi kesehatan (Bartholomew, 2006; Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). Selanjutnya, tokoh masyarakat bersama akademisi melakukan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) untuk membuat inovasi program dalam konteks ini program RUTAR. Tujuan program RUTAR adalah melindungi orang yang tidak merokok dari paparan asap rokok dan menciptakan kawasan bebas asap rokok yang berbasis rumah. Intervensi program RUTAR terdiri dari: edukasi masyarakat melalui pemutara film bahaya rokok, pemeriksaan tekanan darah dan gula darah pada perokok.

Selanjutnya tahap 2, Diseminasi (penyebaran informasi). Pada tahap ini ditentukan kelompok sasaran yang akan mengadopsi program. Tokoh masyarakat, kepala keluarga yang merokok dan masyarakat umum menjadi sasaran program dengan harapan kelompok sasaran mulai memahami program yang akan dijalankan. Tahap 3 adopsi, yaitu program telah direspon oleh kelompok sasaran kemudian mengadopsi program dengan cara mendeklarasikan komitmen bersama yang isinya antara lain: 1) tidak merokok di dalam rumah (2) tidak merokok di pertemuan masyarakat, seperti arisan, pengajian; (3) tidak merokok di dekat ibu hamil, usia lanjut (lansia), dan anak-anak. Keputusan mengadopsi program dipengaruhi oleh (a) kesadaran masyarakat bahwa terdapat inovasi program, (b) pengetahuan tentang prosedur pelaksanaan program, (c) pemahaman tentang bagaimana pelaksanaan program. Adopsi program tidak hanya pada perubahan pengetahuan tetapi juga perubahan sikap selanjutnya mencoba program dan pada akhirnya memilih mengadopsi atau menolak. Pada tahap ini juga disepakati pemasangan stiker rumah tanpa asap rokok dan tempat mematikan rokok yang diberi nama “cecekan” di luar rumah.

Tahap 4 Implementasi, pada bagian ini, Aspek penting yang perlu diperhatikan adalah sumber daya seperti sumber daya manusia, keuangan, sarana prasarana dan dukungan terhadap pelaksanaan program dari stakeholder setempat seperti kepala dusun, ketua RT/RW, kepala Desa,

dan puskesmas. Studi penelitian sering fokus pada *self-efficacy* dan keterampilan sasaran, serta mendorong sasaran untuk mencoba program. Studi penelitian sering memfokuskan pada keterampilan sasaran, mendorong untuk mencoba program. Pada tahap ini, poin-poin yang sudah disepakati pada tahap sebelumnya berusaha untuk dilaksanakan seperti pemasangan stiker rumah tanpa asap rokok di depan pintu masuk, dan pemasangan “cecekan” atau tempat mematikan rokok di depan rumah. Hal ini bertujuan agar para perokok tidak membawa rokok masuk ke dalam rumah.

Kemudian tahap 5 *maintenance* dan *sustainability*, Sasaran dapat berusaha menjaga keberlangsungan program misalnya program RUTAR disosialisasikan pada setiap kegiatan rutin dusun. Dan tahap 6 adalah institusionalisasi pada masyarakat, artinya program RUTAR menjadi bagian dari program institusi yang akan dilaksanakan oleh masyarakat kemudian program diduplikasi pada wilayah yang berbeda. Satu tahun kemudian dievaluasi dampak penerapan Program RUTAR dievaluasi satu tahun sejak pertama kali di deklarasikan. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui dampak program RUTAR terhadap perubahan pola merokok masyarakat. Gambar 41 di bawah ini menjelaskan tentang proses pengembangan program RUTAR.

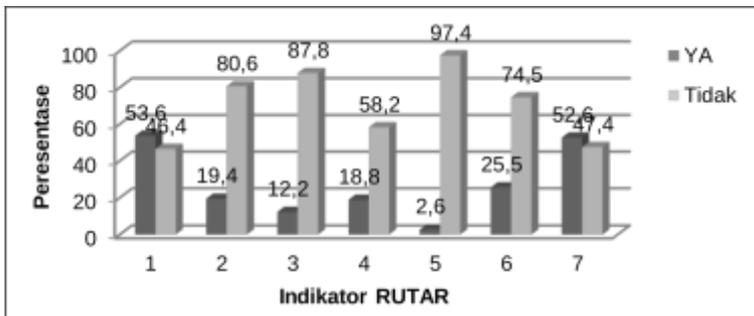


Gambar 41. Tahapan Pengembangan RUTAR

2. Implementasi Program Rumah Tanpa Asap Rokok (RUTAR)

Keberhasilan Penerapan Program RUTAR dievaluasi setelah satu tahun berjalan. Data implementasi rumah tanpa asap rokok diperoleh melalui kuesioner dan observasi dengan ceklis. Kuesioner implementasi program RUTAR berisi pertanyaan berdasarkan isi deklarasi RUTAR yaitu apakah ada pemasangan “cecekan” (tempat mematikan rokok) di luar rumah; apakah ada anggota keluarga merokok saat berkumpul dengan keluarga; apakah anda masih merokok saat bersama dengan anak-anak?; apakah masih merokok di pertemuan warga?, apakah masih merokok saat dekat dengan ibu hamil? Apakah anda masih merokok saat di dekat orang yang tidak merokok .Selanjutnya skala yang di gunakan adalah skala Guttman dengan pilihan ya dan tidak. Apabila jawaban tidak mendapat skor 0 dan bila jawaban Ya mendapat skor 1. Selanjutnya, Ceklis observasi Program RUTAR dengan pertanyaan: Apakah di rumah sudah memasang “cecekan” di luar rumah ? Apakah di rumah sudah memasang stiker larangan merokok? Apakah “cecekan” yang terpasang selalu di gunakan untuk mematikan rokok? Apakah di dalam rumah sudah tidak ada yang merokok? Dengan pilihan jawaban ya (koding 1) atau tidak (koding 0).

Terdapat 378 rumah yang sebagai populasi penelitian. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *proporsional random sampel* dan menggunakan rumus Solvin dan diperoleh 196 rumah sebagai sampel penelitian (Sugiyono, 2014). Berdasarkan penelitian diketahui bahwa lebih dari 53% rumah sudah memasang “cecekan” yang digunakan untuk mematikan rokok, sebagian besar perokok tidak merokok saat berkumpul dengan keluarga, bersama anak dan dekat ibu hamil. Hanya sebagian kecil responden yang merokok di pertemuan warga dan lebih dari 52% tamu responden mematikan rokok ketika ingin masuk rumah (Gambar 42).

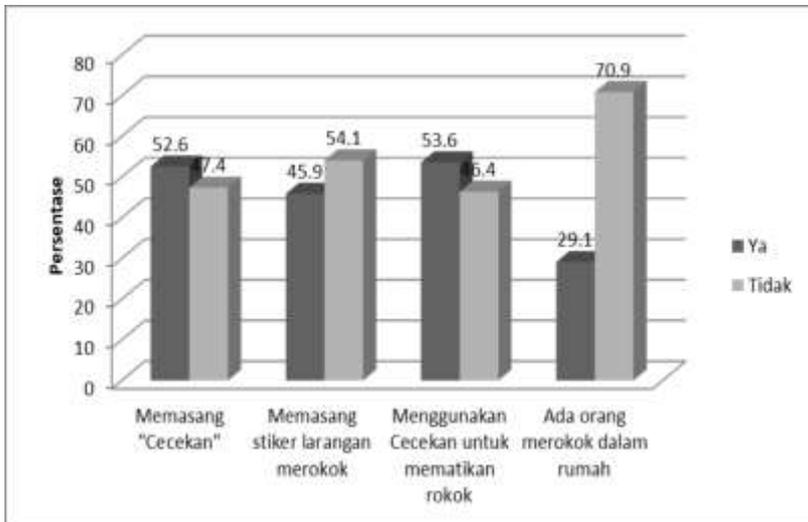


Gambar 42. Indikator Program RUTAR

Keterangan :

- 1 : Memasang "Cecekan" di depan rumah
- 2 : Merokok saat berkumpul dengan keluarga
- 3 : Merokok bersama anak-anak
- 4 : Merokok di pertemuan warga
- 5 : Merokok dekat Ibu hamil
- 6 : Merokok dekat orang yang tidak merokok
- 7 : Tamu Mematikan Rokok pada "Cecekan"

Hasil observasi di lapangan memperkuat hasil survei yang telah dilakukan. menunjukkan bahwa, sebagian besar responden sudah memasang "cecekan", dan "cecekan" tersebut digunakan untuk mematikan rokok sebanyak 52.6%. Aktivitas merokok sebagian besar dilakukan di luar rumah (70,9%) (Gambar 43).



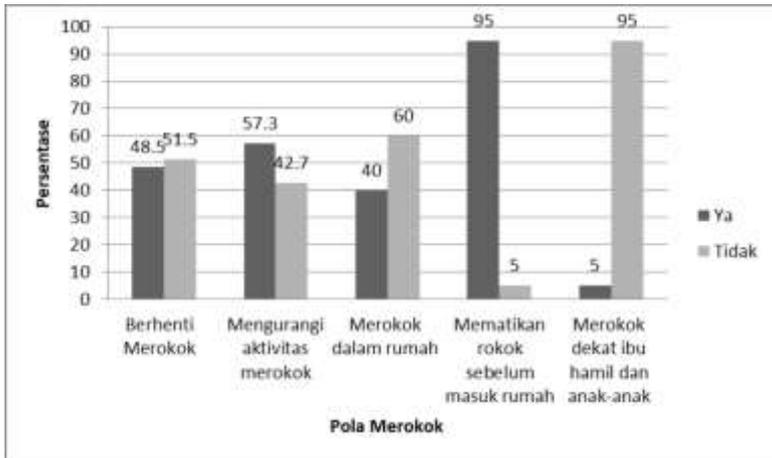
Gambar 43. Hasil observasi indikator program RUTAR

3. Pola Merokok Masyarakat

Pola merokok masyarakat juga dievaluasi setelah satu tahun berjalan dan diukur dengan kuesioner tertutup berdasarkan kesepakatan rumah tanpa asap rokok yaitu : Apakah anda masih merokok di dalam rumah?; Apakah anda mematikan rokok sebelum masuk ke dalam rumah?; Apakah dengan adanya program rumah bebas asap rokok membuat anda berhenti merokok?; Apakah program rumah bebas asap rokok mengurangi aktivitas merokok anda?; Apakah anda masih tetap merokok saat dekat dengan ibu hamil dan anak kecil?; Apakah aktivitas merokok anda terus bertambah di

tiap harinya?. Skala yang di gunakan adalah skala Guttman dengan pilihan ya dan tidak. Instrumen pada penelitian ini dilakukan uji validitas expert, yaitu peneliti melakukan konsultasi dengan ahli dibidangnya (Arikunto, 2013).

Deskripsi pola merokok responden setelah satu tahun penerapan program RUTAR sebagai berikut: berhasil berhenti merokok 48,5%, mengurangi aktivitas merokok 57,3%, merokok di luar rumah 60%; lebih dari 90% responden tidak merokok dekat ibu hamil dan anak-anak serta 95% perokok mematikan rokok sebelum masuk rumah (Gambar 44).



Gambar 44. Pola Merokok Masyarakat setelah penerapan Program RUTAR

4. Dampak Penerapan Program RUTAR terhadap Pola Merokok Masyarakat

Pelaksanaan program RUTAR dikategorikan berdasarkan total skor dari 7 pertanyaan yang merupakan indikator program tersebut. Nilai minimal 1 dan maksimal 7. Kemudian hasil skoring tersebut dikategorikan menjadi 2 yaitu skor 1-4 (cukup) dan skor 5-7 (baik). Tujuan perubahan skala data pada variabel pelaksanaan RUTAR adalah agar dapat dilakukan uji statistik secara bivariat. Pola merokok dibedakan menjadi : berhenti merokok, mengurangi aktivitas merokok, merokok dalam rumah, mematikan rokok sebelum masuk rumah dan tidak merokok dekat ibu hamil dan anak-anak.

Selanjutnya diperoleh data tentang implementasi program RUTAR yaitu sebanyak 139 rumah (68.9%) dalam kategori baik dan sisanya 61 rumah (31,1%) dalam kategori cukup. Selanjutnya uji ini untuk mengetahui

hubungan antara pelaksanaan program RUTAR dan pola merokok masyarakat di Dukuh Karet, Kecamatan Pleret, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Berikut ini disajikan hasil uji bivariat kedua variabel tersebut (Tabel 13).

Tabel 13 Hasil Uji Bivariat antara Pelaksanaan Program RUTAR dan Pola Merokok Masyarakat

Pelaksanaan RUTAR	Berhenti Merokok				χ^2	<i>p value</i>
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cukup (skor 1-4)	4	6,6	57	31,4	62,28	0,00
Baik (skor 5-7)	91	67,4	44	32,6		
Pelaksanaan RUTAR	Merokok dalam rumah				χ^2	<i>p value</i>
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cukup (skor 1-4)	30	51,7	28	48,3	7,45	0,00
Baik (skor 5-7)	10	24,4	31	75,5		
Pelaksanaan RUTAR	Mematikan rokok sebelum masuk rumah				χ^2	<i>p value</i>
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cukup (skor 1-4)	23	39,7	35	60,3	6,59	0,01
Baik (skor 5-7)	27	65,7	14	34,1		
Pelaksanaan RUTAR	Merokok dekat bumil & anak				χ^2	<i>p value</i>
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cukup (skor 1-4)	4	6,9	54	93,1	0,40	
Baik (skor 5-7)	1	2,4	40	97,6		
Pelaksanaan RUTAR	Mengurangi aktivitas merokok				χ^2	<i>p value</i>
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cukup (skor 1-4)	28	48,3	30	51,7	4,04	0,04
Baik (skor 5-7)	30	68,2	14	31,8		

Sumber: Analisa Penulis

Tabel 13 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penerapan program RUTAR dengan pola merokok masyarakat hal ini dibuktikan dengan uji chi square diperoleh nilai p value $< 0,05$ sementara itu penerapan program RUTAR tidak berhubungan dengan aktivitas merokok dekat ibu dan anak karena hasil uji square diperoleh nilai p value $0,40$ atau $P > 0,05$. Semakin tinggi indikator pelaksanaan RUTAR maka pola merokok masyarakat cenderung kearah yang positif yaitu semakin besar kemungkinan bagi perokok untuk dapat berhenti merokok, mengurangi aktivitas merokok, tidak merokok di dalam rumah, mematikan rokok sebelum masuk rumah dan tidak merokok dekat bumil dan anak. Hasil ini diperkuat dengan hasil observasi yang dilakukan penulis yaitu terdapat hubungan antara pelaksanaan RUTAR dengan indikator memasang “cecekan” didepan rumah, memasang stiker larangan merokok, cecekan digunakan untuk mematikan rokok dan merokok dalam rumah.

Pelaksanaan program RUTAR mayoritas dalam kategori baik. Terdapat kecenderungan perubahan pola merokok masyarakat kearah yang positif. Artinya semakin banyak masyarakat yang menyadari pentingnya berhenti merokok, mengurangi aktivitas merokok, dan tidak merokok didalam rumah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan di Amerika, bahwa perokok yang mengadopsi program RUTAR, kemungkinan untuk berhenti merokok lima kali lebih besar setelah 90 hari ditindaklanjuti Penerapan rumah RUTAR secara signifikan meningkatkan upaya berhenti merokok pada masyarakat (Messer *et al.*, 2008). Dan analisis *cross sectional* menunjukkan bahwa kehadiran RUTAR merupakan salah satu faktor prediksi kesuksesan berhenti merokok, mengurangi rokok, merokok diluar rumah dan rendahnya angka relaps (Kennedy RA *et al* (2015).

Program RUTAR mempunyai efek yang kuat terhadap kemungkinan seseorang berhenti merokok karena RUTAR merefleksikan upaya melindungi orang yang dicintai dalam hal ini anak dan istri dari paparan asap rokok sehingga meningkatkan motivasi berhenti. Selanjutnya penerapan RUTAR akan merubah atau mengganggu pola perilaku merokok sebelumnya. Waktu bangun tidur sampai pertama kali merokok merupakan ukuran ketergantungan seseorang akan nikotin (Fagerstrom and Schneider, 1989). RUTAR menghendaki perokok menunda rokoknya sampai dia berada di luar rumah. Ditambah lagi, RUTAR dapat merubah pola merokok setelah makan (Best and Hakstian, 1978). Jadi adopsi RUTAR dapat mencegah orang untuk merokok dan meningkatkan kemungkinan untuk berhenti merokok (Messer *et al.*, 2008).

Rumah tanpa asap rokok melindungi anak-anak dari paparan asap rokok di rumah. Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, pencapaian pendidikan yang lebih rendah, meningkatkan masalah kesehatan pada anak dan prediktor perilaku merokok pada anak terjadi karena paparan asap rokok (Kennedy RA et al (2015); Messer *et al.*, 2008; Alwan *et al.*, 2011). Hal ini sering terjadi pada masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi kurang baik dan mengalami kesenjangan kesehatan. Anak-anak yang tinggal dengan orang tua tunggal dan berasal dari ekonomi rendah kemungkinan besar menjadi perokok dirumah. Hampir 49% anak-anak dari keluarga ekonomi rendah hidup dengan perokok (Alwan *et al.*, 2011). Hal ini memperkuat hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perokok dengan penghasilan perbulannya kurang dari upah minimum kabupaten. Responden mempunyai anak-anak dan remaja yang kemungkinan besar akan terpapar asap rokok dan menjadikan orangtua sebagai role model untuk mencoba rokok.

Program RUTAR bertujuan untuk mengurangi paparan asap rokok pada orang yang tidak merokok atau dikenal dengan perokok pasif. Secara esensial, program ini berawal dari kebijakan tingkat populasi untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kesenjangan kesehatan (Alwan *et al.*, 2011). Alasan utama keluarga mengadopsi kebijakan rumah tanpa asap rokok adalah untuk kesehatan anak-anak (Bleakley *et al.*, 2014). Adanya anak-anak dan cucu menjadi faktor penting yang mempengaruhi orang berhenti merokok (Kaufman *et al.*, 2018) dan hal ini dapat digunakan sebagai strategi kampanye kepatuhan program RUTAR. Misalnya, kesediaan orangtua melakukan aksi melindungi anak-anak dari paparan asap rokok dan memelihara lingkungan yang bebas asap rokok (*Volunteered, negotiated, enforced: family politics and the regulation of home smoking - Robinson - 2011 - Sociology of Health & Illness - Wiley Online Library*, no date). Hal inilah yang mendasari mengapa program RUTAR di Dusun Karet juga didukung baik responden yang tidak merokok maupun yang merokok. Jadi dukungan muncul karena orang dewasa ingin selalu melindungi anak-anak dari paparan asap rokok. Disisi lain, program RUTAR untuk mempunyai keterbatasan secara etik karena menyangkut perilaku yang bersifat pribadi di dalam rumah sehingga penerapan sanksi dan kontrol hanya dapat dilakukan dari dalam rumah sementara pihak luar kurang mempunyai kekuatan untuk mengatur (Alwan *et al.*, 2011).

Hubungan antara pelaksanaan RUTAR dan kesuksesan berhenti merokok mungkin tidak kausal, hal ini juga merupakan keterbatasan penelitian. Sebagian perokok membatasi kebiasaan merokok dirumah hanya ketika mereka ingin berhenti dan pembatasan berkurang ketika

kambuh dengan efek yang sedikit pada durasi pantang. Program RUTAR fokus pada kesehatan non perokok kemudian diikuti anggota keluarga lain yang berhenti merokok sementara, keinginan perokok untuk dapat berhenti merokok bukan tujuan utama (Messer *et al.*, 2008). Dampak penerapan program RUTAR terhadap pola merokok masyarakat sepertinya perlu diteliti secara prospektif agar dapat diukur seberapa besar efektifnya.

5. Kesimpulan

Sesuai dengan indikator yang terdapat pada program RUTAR maka implementasinya sudah terlaksana dengan baik dan hal ini memberi dampak pada perubahan pola merokok masyarakat. Peran stakeholder dan pemimpin di area intervensi sangat berperan untuk menentukan keberhasilan program. Program ini dapat ditingkatkan cakupan implementasinya dengan memperhatikan karakteristik masyarakat. Selanjutnya program disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.

Program RUTAR menjadi salah satu program pengendalian tembakau (perilaku merokok) yang berbasis masyarakat. Tujuan utama program ini adalah melindungi masyarakat terutama yang tidak merokok dari paparan asap rokok. Mendorong implementasi RUTAR dapat menjadi cara yang efektif untuk meningkatkan perubahan pola merokok masyarakat yang akhirnya dapat mendorong upaya berhenti merokok masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwan, N. et al. (2011) 'Can a community-based "smoke-free homes" intervention persuade families to apply smoking restrictions at homes?', *Journal of Public Health*, 33(1), pp. 48-54. doi: 10.1093/pubmed/fdq073.
- Arikunto (2013) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta, Indonesia: Rineka Cipta.
- Bartholomew, L. K. (ed.) (2006) *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Best, J. A. and Hakstian, A. R. (1978) 'A situation-specific model for smoking behavior', *Addictive Behaviors*, 3(2), pp. 79-92.

- Bleakley, A. et al. (2014) 'Home smoking policies in urban households with children and smokers', *Preventive Medicine*, 62, pp. 30-34. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.12.015.
- Fagerstrom, K. O. and Schneider, N. G. (1989) 'Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire', *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), pp. 159-182.
- Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath, K. (eds) (2008) *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 'Infodatin (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016)' (no date).
- Kaufman, P. et al. (2018) 'Impact of smoke-free housing policy lease exemptions on compliance, enforcement and smoking behavior: A qualitative study', *Preventive Medicine Reports*, 10, pp. 29-36. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.01.011.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia and Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2018) 'Laporan Nasional Riskesdas Tahun 2018'. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- 'Kennedy RA et al (2015) Smoke free community Housing Policy : Change in Report Smoking Behavior-Finding from waterloo Region, Canada. pdf'
- Kemenkes (2013) 'Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)'. Available at: http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wp-content/uploads/2015/02/Pokok-Pokok-Hasil-Riskesdas-Prov-Riau-.pdf (Accessed: 28 February 2017).
- Messer, K. et al. (2008) 'The Effect of Smoke-Free Homes on Smoking Behavior in the U.S.', *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), pp. 210-216. doi: 10.1016/j.amepre.2008.05.023.
- Robinson - 2011 Volunteered, negotiated, enforced: family politics and the regulation of home smoking *Sociology of Health & Illness* - Wiley Online Library. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2010.01273.x> (Accessed: 24 December 2018).
- Sugiyono (2014) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- World Health Organization (2008) *WHO REPORT on the global TOBA CCO epidemic The MPOWER Package*. Geneva, Switzerland.

DESKRIPSI PENULIS

Heni Trisnowati

Heni Trisnowati, saat ini adalah dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro dan S2 Minat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM. Dia telah menyelesaikan pendidikan Doktor bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat pada Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) UGM diakhir tahun 2021. Dia aktif sebagai peneliti ITCRN (*Indonesia Tobacco Control Research Network*) dan pernah bekerjasama dengan MTCC (Muhammadiyah Tobacco Control Center), Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI, serta Bloomberg Philantropies untuk penelitian Tobacco Control. Dia pernah menjadi pembicara di Radio Republik Indonesia dengan topik Remaja dan Rokok. Dia juga aktif pada organisasi profesi Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) cabang Sleman sebagai koordinator penelitian dan pengembangan (Litbang), serta koordinator program kerja pengendalian tembakau pada Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Pengurus daerah (Pengda) DI. Yogyakarta.



Abdillah Ahsan

Abdillah Ahsan, saat ini adalah peneliti di Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI. Di samping itu, Abdillah Ahsan adalah Direktur Sumber Daya Manusia Universitas Indonesia. Dia bersama dengan tim dosen lainnya telah mereformasi kurikulum mata kuliah koperasi di FEBUI. Lulus pendidikan Master Sain Ekonomi dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia dan meraih gelar doktor dibidang Ilmu Politik dari Universitas yang sama. Selama karir penelitian yang dimulai sejak 2004, Abdillah berfokus pada aspek ekonomi dari kebijakan pengendalian konsumsi rokok khususnya pada penggunaan cukai rokok untuk mengurangi konsumsi. Dia telah menjadi *principal investigator* pada beberapa penelitian yang terkait hal ini



bekerja sama dengan beberapa lembaga terkemuka seperti World Health Organization (WHO), International Development and Research Center (IDRC), National Institute of Health (NIH), South East Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), Bloomberg Philantropies, Swiss Contact Indonesia, dan Bill and Melinda Gate Foundation. Abdillah tidak hanya aktif dalam melakukan penelitian tentang manfaat penggunaan cukai rokok untuk mengurangi konsumsi rokok namun dia juga aktif mengadvokasikan hal ini ke pembuat kebijakan. Dia terlibat aktif dalam mengadvokasi kementerian keuangan untuk terus menaikkan tarif cukai rokok, terlibat aktif dalam membela kebijakan pajak rokok daerah yang dituntut untuk dihapuskan, terlibat aktif dalam penyusunan panduan penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dan pajak rokok daerah untuk kepentingan kesehatan, dan aktif berjejaring dengan jaringan pengendalian konsumsi rokok baik di level global maupun nasional.

FAKTOR DETERMINAN DALAM PROMOSI KESEHATAN UNTUK PENCEGAHAN *STUNTING* DI JAWA BARAT

**Jenny Ratna Suminar¹, Hadi Suprpto Arifin²,
Ikhsan Fuady³ & Ditha Prasanti⁴**

¹⁻⁴ Department of Communication Sciences, University Padjadjaran
Jl. Raya Bandung Sumedang KM 21, Jatinangor 45363
e-mail: jenny.suminar@unpad.ac.id

1. Pendahuluan

Indonesia Emas 2045 merupakan sebuah mimpi besar untuk menjadi bangsa yang unggul. Untuk mencapai mimpi tersebut, salah satu pondasinya adalah pada kualitas sumber daya manusianya. Bonus demografi dapat menjadi modal untuk mencapai Indonesia Emas jika Indonesia dapat menghasilkan generasi yang cerdas untuk mendukung pembangunan bangsa.

Sebaliknya, hal itu dapat menjadi bencana apabila generasi berikutnya tidak dipersiapkan dengan baik. Salah satu masalah serius saat ini adalah kualitas generasi penerus yang tidak sesuai dengan harapan, dikarenakan tingginya angka *stunting*. *Stunting* mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bawah 5 tahun) akibat kekurangan gizi kronis, sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Prevalensi *stunting* di Indonesia cukup tinggi dibandingkan dengan negara berpendapatan menengah lainnya. Dalam 10 tahun terakhir, riset menunjukkan bahwa *stunting* merupakan masalah gizi terbesar pada balita Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan 37,2% atau sekitar 9 juta balita menderita *stunting*, dengan angka rerata Jawa Barat sebesar 35,3%. Prevalensi yang tertinggi terdapat di Kabupaten Bandung Barat (52,5%) Kabupaten Garut, Cianjur, Cirebon, Tasikmalaya dan Sumedang (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2016).

Tingginya angka *stunting* disebabkan oleh rendahnya pengetahuan dan sikap masyarakat dalam pencegahan *stunting*. Pengetahuan dan sikap merupakan faktor determinan yang membangun perilaku pencegahan *stunting*. Faktor penyebab tingginya angka *stunting* adalah rendahnya pengetahuan dan kesadaran, kondisi sosial ekonomi keluarga, kondisi sosial budaya seperti pola asuh, serta dukungan lingkungan (Picauly dan Sarci, 2013). Sulistyawati (2018) mengungkapkan bahwa kurangnya pengetahuan mengenai gizi lebih beresiko 0.14 kali menderita *stunting*. Hal senada dikemukakan Hapsari (2018) dan Kuntari (2013) terkait rendahnya pengetahuan ibu sebagai faktor risiko terjadinya malnutrisi dan *stunting* pada anak.

Kajian faktor determinan yang mempengaruhi perilaku *stunting* di Jawa Barat ini dilakukan di empat kabupaten/kota, yaitu, Kabupaten Bandung, Kota Bandung, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Karawang. Kerangka teori yang digunakan dalam kajian ini adalah teori mengadopsi teori tindakan berencana (Ajzen, 1985, Ajzen, 1987). Dalam menggambarkan

faktor faktor sosiopsikologis yang mempengaruhi intensi perilaku, model (teori perilaku Berencana) TPB dapat menjelaskan 32% sampai 59 % dalam memprediksi intensi perilaku (Fichten et al.,2016).

2. Sikap Masyarakat untuk Berperilaku Pencegahan Stunting

Sikap merupakan keyakinan individu terhadap suatu fenomena memiliki pengaruh langsung yang positif terhadap niat atau intensi masyarakat dalam bertindak. Sikap atau keyakinan seseorang dapat menyebabkan seseorang berperilaku. Sikap terhadap pencegahan *stunting* merupakan keyakinan individu terhadap perilaku pemberian ASI, penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, serta pemenuhan gizi yang seimbang dapat menurunkan resiko terjadinya *stunting*.

Berdasarkan hasil kajian di empat kabupaten/-kota di Jawa Barat, sikap merupakan dimensi penting yang mengambil peran besar terhadap pembentukan perilaku ibu muda dalam pencegahan *stunting*. Sikap individu yang positif tentang pencegahan *stunting* akan cenderung menguatkan individu untuk melakukan perilaku pencegahan *stunting* yang meliputi pemberian asupan gizi yang berimbang, penerapan pola hidup bersih dan sehat, serta pemberian ASI dan MPASI bagi bayi usia hingga dua tahun. Dari hasil kajian diketahui sikap ibu muda dalam pencegahan *stunting* relatif beragam, tingkat pendidikan, status sosial dan dukungan sosial seperti dukungan tenaga kesehatan dan kader memiliki peran besar dalam pembentukan sikap yang positif. Dalam promosi kesehatan untuk pencegahan *stunting*, perlu strategi yang tepat sehingga terjadinya perubahan sikap dan perilaku masyarakat. Strategi tersebut baik dari aspek kredibilitas sumber, pengemasan pesan dan kesesuaian media penyampaian merupakan hal yang penting untuk diperhatikan.

3. Norma Subjektif atau Dukungan Sosial dalam Berperilaku Pencegahan Stunting

Norma subyektif merupakan suatu persepsi individu tentang suatu keadaan atau kejadian, dan suatu perasaan akan hadir jika individu tidak mengikuti pandangan orang lain atas suatu keadaan atau kejadian, atau dengan kata lain norma subjektif merupakan keyakinan individu mengenai suatu tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku (Ajzen, 2015). Dalam kerangka teori tindakan beralasan (*theory of reasoned action*) serta teori tindakan beralasan (*theory of planned behavior*), *subjective norm* (norma subjektif) merupakan fungsi dari *normative*

beliefs, yang merepresentasikan dari persepsi mengenai preferensi *significant others* yaitu apakah perilaku tersebut harus dilakukan. norma subjektif ataupun persepsi tentang dukungan sosial merupakan salah satu dimensi atau variabel determinan yang mempengaruhi ibu muda untuk berperilaku pencegahan *stunting* yang meliputi pemberian asupan gizi yang berimbang, penerapan pola hidup bersih dan sehat, serta pemberian ASI dan MPASI bagi bayi usia hingga dua tahun. Persepsi akan dukungan sosial yang paling dominan mempengaruhi ibu muda dalam berperilaku adalah dukungan dari keluarga, dan tenaga kesehatan. Peningkatan perilaku pencegahan *stunting* sangat penting meningkatkan pemahaman keluarga tidak hanya ibu saja, serta pentingnya peran aktif dari tenaga kesehatan seperti bidan, kader, dan tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan promosi kesehatan.

4. Persepsi Control Perilaku Dalam Berperilaku Pencegahan *Stunting*

Persepsi kontrol perilaku (*perceive behavior control*) mengacu pada persepsi seberapa mudah atau sulitnya melakukan suatu perilaku. Dimensi *perceive behavior control* ini diukur dengan tiga item pertanyaan, yang menanyakan seberapa mungkin ibu muda dapat melakukan pemenuhan gizi anak secara berimbang, pemberian ASI dan MPASI selama umur dua tahun serta kemampuan memenuhi perilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa variabel persepsi kontrol perilaku memiliki peran yang besar terhadap perilaku ibu muda dalam melakukan pemenuhan gizi anak secara berimbang, pemberian ASI dan MPASI selama umur dua tahun serta kemampuan memenuhi perilaku hidup bersih dan sehat. Ini menunjukkan bahwa persepsi individu akan perilaku dapat meningkatkan atau menurunkan keinginan atau intensi untuk berperilaku pencegahan *stunting*.

Persepsi individu terhadap kemudahan melakukan pemenuhan asupan gizi seimbang, persepsi kemudahan akan penerapan pola hidup bersih dan sehat, serta persepsi kemudahan penyediaan ASI dan MPASI akan meningkatkan intensi individu dalam pencegahan *stunting*. Promosi kesehatan dalam pencegahan *stunting* yang efektif, sangat penting memperhatikan kemudahan masyarakat dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting* tersebut. Dalam konteks pemenuhan gizi seimbang, pelaku promosi kesehatan perlu memperhatikan optimalisasi panganan lokal yang bergizi potensial.

5. Kesimpulan

Jawa barat merupakan salah satu provinsi dengan beberapa kabupaten dengan prevalensi *stunting* yang tinggi. Dalam melakukan promosi kesehatan sebagai upaya pencegahan *stunting*, memerlukan suatu strategi yang tepat. Faktor determinan yang mempengaruhi ibu muda dalam pencegahan *stunting* sangat ditentukan oleh sikap terhadap perilaku, dukungan dari lingkungan (*social norm*) dan persepsi kontrol perilaku. Hasil kajian ini menunjukkan adanya pengaruh yang kuat dari sikap, norma sosial, faktor normatif dan keyakinan kontrol terkait dengan niat ibu muda untuk berpartisipasi dalam pencegahan *stunting* di Jawa Barat. Temuan ini memberikan informasi terapan penting yang dapat digunakan untuk menginformasikan strategi masa depan untuk meningkatkan tingkat partisipasi dalam pencegahan *stunting* di Jawa Barat.

.....

DAFTAR PUSTAKA

- (Dinkes), D. K. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. (KBBI), K. B. B. I. K. M. 2012-2016. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*.
Ajzen, I. (2015). *Consumer attitudes and behavior : the theory of planned behavior applied to food consumption decisions*. 121-138. <https://doi.org/10.13128/REA-18003>
- Andika, M., & Madjid, I. (2012). Analisis Pengaruh Sikap, Norma Subyektif Dan Efikasi Diri Terhadap Intensi Berwirausaha Pada Mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Syiah Kuala. *Eco Entrepreneurship Seminar & Call for Paper "Improving Performance by Improving Environment,"* 190-197. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0143-0>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour : A Meta-Analytic Review E Y cacy of the Theory of Planned Behaviour : A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, July 2017*, 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Fichten, C. S., Heiman, T., Jorgensen, M., Nguyen, M. N., Havel, A., King, L., Budd, J., & Amsel, R. (2016). Theory of Planned Behavior Predicts Graduation Intentions of Canadian and Israeli Postsecondary Students with and without Learning Disabilities/Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Higher Education*, 5(1). <https://doi.org/10.5430/ijhe.v5n1p208>

- Hall, C., Bennett, C., Crookston, B., Dearden, K., Hasan, M., Linehan, M., ... & West, J. (2018). Maternal knowledge of *stunting* in rural Indonesia. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 7(4), 139-145., 7(4).
- Hanson, C., Allen, E., Fullmer, M., O'Brien, R., Dearden, K., Garn, J., ... & Hall, P. (2020). A National Communication Campaign in Indonesia Is Associated with Improved WASH-Related Knowledge and Behaviors in Indonesian Mothers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3727., 17(10).
- Li, W. H. C., Chan, S. S. C., Wang, K. M. P., & Lam, T. H. (2015). Helping cancer patients quit smoking by increasing their risk perception: A study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1496-2>
- SPRING. (2017). *Moving Nutrition Social and Behavior Change Forward*. <https://www.spring-nutrition.org/publications/briefs/moving-nutrition-social-and-behavior-change-forward>
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Sun, X., Guo, Y., Wang, S., & Sun, J. (2006). Predicting Iron-Fortified Soy Sauce Consumption Intention: Application of the Theory of Planned Behavior and Health Belief Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(5), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.04.144>
- UNICEF. (2018). *NUTRITION CAPACITY in INDONESIA*.
- Yunitasari, E., Rahayu, M., & Kurnia, I. D. (2020). The Effects of Lecture, Brainstorming, Demonstration (CBD) to Mothers Knowledge, Attitude, and Behavior About *Stunting* Prevention on Toddler. *Sys Rev Pharm 2020*;11(6):2032-2037 *A Multifaceted Review Journal in the Field of Pharmacy*, 11(6).

DESKRIPSI PENULIS

Jenny Ratna Suminar

Jenny Ratna Suminar, dosen pada Prodi Ilmu Komunikasi Fikom Unpad ini lahir di Bandung, 28 Januari 1963. Aktif melakukan penelitian bidang Komunikasi Kesehatan yang pada tahun 2018 menghasilkan bunga rampai Komunikasi Kesehatan: Pemikiran dan Penelitian, kemudian pada 2020 menjadi bagian dari penulis buku *Health Communication and Cultures*.



Hadi Suprpto Arifin

Hadi Suprpto Arifin, kerap disapa Hadi dan orang-orang terdekatnya menyapa Mas Tok. Lahir di ujung timur Jawa Barat, Kota Wali dan gudangnya seniman, apalagi kalau bukan Cirebon. Saat ini aktif sebagai pengajar di Prodi Ilmu Komunikasi Fikom Unpad. Selain mengajar, juga aktif sebagai instruktur dalam berbagai pelatihan komunikasi & kehumasan. Minat dan keahliannya di bidang Ilmu Komunikasi meliputi Komunikasi Wicara, Komunikasi Pembangunan (Kesehatan, Pariwisata, & Politik), Perencanaan Komunikasi, Kampanye & Propaganda.



Ikhsan Fuady

Ikhsan Fuady, adalah Staf Pengajar Prodi Ilmu Komunikasi Fikom Unpad, lahir di Bangka 2 April 1983. Dalam aktivitas sebagai pengajar, penulis aktif melakukan berbagai kegiatan penelitian yang terkait kesehatan dan lingkungan. Selain melakukan penelitian penulis terlibat aktif dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat.



Ditha Prasanti

Ditha Prasanti, lahir di Anjungan Pontianak, 4 Mei 1988. Saat ini, penulis merupakan Dosen di Program Studi Ilmu Komunikasi, Fikom Unpad. Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian terkait Komunikasi Kesehatan, Pendidikan, dan konseling. Selain itu, penulis juga memiliki minat kepakaran yang sama dengan kajian penelitiannya, serta kegiatan sosial, atau berkaitan dengan Pengabdian Masyarakat.



Pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promosi kesehatan (promkes) masyarakat bukan hanya melibatkan stakeholder atau pemangku kepentingan di bagian kesehatan saja akan tetapi di luar bagian kesehatan juga. Promosi kesehatan menggunakan pendekatan yang interdisipliner atau lintas sektor seperti komunikasi, media, kebijakan, budaya dan disiplin ilmu lainnya.

Buku yang diterbitkan Unsyiah Press ini mengulas “Promosi Kesehatan dalam Berbagai Perspektif” dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia khususnya. Buku ini diangkat mengingat masih banyak munculnya mis-interpretasi akan peran dan manfaat strategis promosi kesehatan khususnya dalam meningkatkan derajat kualitas kesehatan individu dan masyarakat.

Merujuk Ottawa Charter(1986),Promosi Kesehatanadalahsuatuprosesuntukmeningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengatasi lingkungannya (fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Penerapan promosi kesehatan tidak selalu berjalan mulus namun senantiasa berhadapan dengan berbagai macam tantangan dan hambatan baik secara proses maupun implikasi dari kegiatan komunikasi kesehatan masyarakat yang dilakukan. Namun dibalik segala kendala yang dimiliki, selalu ada peluang untuk menjalankan promkes yang efektif yang memiliki nilai signifikan dalam pembangunan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia.

Buku ini merupakan kumpulan 18 karya tulisan dari beragam penulis dengan latar belakang akademisi antar disiplin maupun praktisi kesehatan masyarakat secara khusus. Tulisan dalam buku ini merupakan hasil penelitian dan kajian literatur yang diangkat penulis untuk mendeskripsikan dan menjelaskan berbagai ruang lingkup promosi kesehatan masyarakat dari berbagai perspektif secara teoritis maupun praktis.

Karya tulis ini memaparkan berbagai contoh pendekatan promosi kesehatan secara konvensional maupun yang modern dengan pemanfaatan media digital; baik dalam isu kesehatan yang sudah sejak lama ada, seperti kesehatan dan kematian ibu dan anak hingga isu kesehatan terbaru, seperti pandemi virus Corona (COVID-19).

Buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif dalam menelaah konsep, peran, dan promosi kesehatan masyarakat dan dapat dijadikan sumber rujukan untuk pembelajaran dari berbagai kisah sukses beberapa studi kasus yang tertuang dalam bab-bab di buku ini.



ISBN 978-623-264-693-3



9 786232 646933

ISBN 978-623-264-692-6 (PDF)