

PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT

● Penulis :

- Prasanti Adriani
 - Yusriani
 - Mahaza
 - M. Nur Dewi Kartikasari
 - Karina Mutia Safera
 - Maisyarah.M
 - Susilo Wirawan
 - Hairudin La Patilaiya
 - Ramli
 - Frisca Rahmadina
-



PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT

**Prasanti Adriani
Yusriani
Mahaza
M. Nur Dewi Kartikasari
Karina Mutia Safera
Maisyarah.M
Susilo Wirawan
Hairudin La Patilaiya
Ramli
Frisca Rahmadina**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Prasanti Adriani
Yusriani
Mahaza
M. Nur Dewi Kartikasari
Karina Mutia Safera
Maisyarah.M
Susilo Wirawan
Hairudin La Patilaiya
Ramli
Frisca Rahmadina

ISBN : 978-623-8051-01-4

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, November 2022

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul Promosi Kesehatan Masyarakat.

Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca memahami teori Promosi Kesehatan Masyarakat, sehingga mereka dapat mengaplikasikan ilmunya. Semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih bagi kepastakaan di Indonesia dan bermanfaat bagi kita semua.

Penulis, November 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	
BAB 1 PENGANTAR PROMOSI KESEHATAN	1
1.1 Sejarah Singkat Promosi Kesehatan.....	1
1.2 Pengertian Promosi Kesehatan.....	4
1.3 Konsep Piagam Ottawa dalam Konferensi.....	5
1.4 Determinan yang Mempengaruhi Promosi	6
BAB 2 KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU	
KESEHATAN	10
2.1 Pendahuluan.....	10
2.2 Batasan Perilaku	10
2.3 Perilaku Kesehatan	12
2.4 Domain Perilaku.....	16
2.5 Edukasi Perilaku Kesehatan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Masyarakat Desa Timusu Kecamatan Ulaweng Kabupaten Bone	22
BAB 3 PENGKAJIAN KEBUTUHAN PROMOSI	
KESEHATAN	27
3.1 Pendahuluan.....	27
3.2 Tiga faktor dalam perubahan Perilaku.....	28
3.3 Tahapan perumusan kebijakan.....	29
3.4 Mengkaji Kebutuhan Promosi Kesehatan	31
3.5 Pengkajian motivasi.....	34
BAB 4 KOMUNIKASI DAN ADVOKASI	
DALAM PROMOSI KESEHATAN.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Pengertian	41
4.3 Tujuan	42
4.4 Strategi.....	43
4.5 Sasaran dan pelaku advokasi kesehatan	44
4.6 Metode promosi kesehatan berdasarkan teknik komunikasi.....	44
4.7 Teknik advokasi	45
4.8 Persyaratan advokasi.....	46
4.9 Efektivitas pesan advokasi.....	48

4.9 Langkah-langkah advokasi.....	49
BAB 5 KONSEP PEMBERDAYAAN	52
5.1 Pengertian	52
5.2 Pemberdayaan dalam Program Kesehatan	
Masyarakat.....	54
5.3 Kekuatan Praktisi Kesehatan	55
5.4 Sasaran dalam Pemberdayaan Kesehatan	
Masyarakat.....	56
BAB 6 PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN	
INDIVIDU, KELUARGA DAN MASYARAKAT	60
6.1 Pendahuluan.....	60
6.2 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan	
Individu.	61
6.3 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan	
Keluarga	65
6.4 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan	
Masyarakat.....	67
BAB 7 PENDIDIKAN KESEHATAN SEBAGAI	
UPAYA PROMOSI KESEHATAN	71
7.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan	71
7.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	74
7.3 Konsep Belajar dalam Pendidikan Kesehatan	
Masyarakat.....	76
7.4 Peran Pendidikan Kesehatan	77
7.5 Metode Pendidikan Kesehatan	79
7.5.1 Metode Pendidikan Perorangan (individual).80	
7.5.2 Metode Pendidikan Kelompok	80
7.5.3 Metode Pendidikan Publik (Massa)	81
7.6 Alat Bantu (Media/Alat Peraga).....	81
7.6.1 Media Cetak	83
7.6.2 Media Elektronik	83
7.6.3 Media Luar Ruangan	83
7.7 Proses Belajar.....	85
7.7.1 Latihan.....	86
7.7.2 Menambah atau memperoleh tingkah laku baru.....	86

BAB 8 KEMITRAAN DALAM PROMOSI KESEHATAN...	88
8.1 Pendahuluan.....	88
8.2 Pengertian Kemitraan.....	88
8.3 Tujuan Kemitraan.....	89
8.4 Syarat Kemitraan	90
8.5 Unsur Kemitraan.....	91
8.6 Prinsip Kemitraan	91
8.7 Ruang Lingkup Kemitaraan	92
8.8 Jenis atau Tipe Kemitraan	93
8.9 Tahapan Kemitraan	94
8.10 Landasan Kemitraan.....	94
8.11 Etika Kemitraan	95
8.12 Sifat Kemitraan	95
8.13 Langkah Menggalang atau Mencapai Kemitraan.....	96
8.14 Model Kemitraan.....	97
8.15 Indikator Keberhasilan Kemitraan.....	98
8.16 Peran Dalam Kemitraan	99
8.17 Kemitraan dalam Bidang Kesehatan	100
BAB 9 PENGEMBANGAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN	103
9.1 Pendahuluan.....	103
9.2 Pengertian Media Promosi Kesehatan.....	104
9.3 Tujuan dan Penggolongan Media Promosi Kesehatan	105
9.4 Prinsip dan Kriteria Media Promosi Kesehatan.....	107
9.4.1 Prinsip Media Promosi Kesehatan.....	107
9.4.2 Kriteria Media Promosi Kesehatan.....	108
9.5 Pengembangan Pesan, Uji Coba dan Produksi Media.....	108
9.6 Merancang Pengembangan Media Promosi Kesehatan	110
9.7 Peran Media dan Pengembangan Informasi Kesehatan	112
BAB 10 PROMOSI KESEHATAN PADA BERBAGAI SETTING	117
10.1 Keluarga.....	117
10.2 Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).....	120
10.3 Sekolah	121

10.4 Universitas	123
10.5 Tempat Kerja	124
10.6 Tempat-Tempat Umum	126
10.7 Pelayanan Kesehatan.....	131
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 7.1 : Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan..	78
Gambar 7.2 : Kerucut Pengalaman Edgar Dale.....	84
Gambar 8.1 : Diagram Pilar Kemitraan.....	92
Gambar 8.2 : Indikator Keberhasilan Kemitraan Bidang Kesehatan	98
Gambar 8.3 : Silaturahmi Kerjasama Kemitraan	100
Gambar 9.1 : Memberikan Kuliah Online di RRI Ternate	114
Gambar 9.2 : Channel YouTube RAMLI PROMKES	114
Gambar 9.3 : Podcast Kesehatan: Pengobatan COVID-19 Secara Tradisional	115

BAB 1

PENGANTAR PROMOSI KESEHATAN

Oleh Prasanti Adriani

1.1 Sejarah Singkat Promosi Kesehatan

Perkembangan Promosi Kesehatan tidak terlepas dari perkembangan sejarah Kesehatan Masyarakat di Indonesia dan dipengaruhi juga oleh perkembangan Promosi Kesehatan International yaitu dimulainya program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) pada tahun 1975 dan tingkat Internasional tahun 1978 Deklarasi Alma Ata tentang *Primary Health Care* tersebut sebagai tonggak sejarah cikal bakal Promosi Kesehatan (Departemen Kesehatan, 1997).

Istilah *Health Promotion* (Promosi Kesehatan) sebenarnya sudah mulai dicetuskan setidaknya pada tahun 1986, ketika diselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang *Health Promotion* di Ottawa, Canada pada tahun 1986. Pada waktu itu dicanangkan "*the Ottawa Charter*", yang didalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar Promosi kesehatan. Namun istilah tersebut pada waktu itu di Indonesia belum terlalu populer seperti sekarang. Pada masa itu, istilah yang cukup terkenal hanyalah Penyuluhan Kesehatan, selain itu muncul pula istilahistilah populer lain seperti KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), *Social Marketing* (Pemasaran Sosial) dan Mobilisasi Sosial. Selanjutnya perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia adalah seperti uraian berikut ini:

1. Sebelum tahun 1965

Pada saat itu istilahnya adalah Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, Pendidikan Kesehatan hanya sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasarannya perseorangan (individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.

2. Periode tahun 1965-1975

Pada periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program *Health Educational Service (HES)*. Tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

3. Periode tahun 1975-1985

Istilahnya mulai berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. PKMD menjadi andalan program sebagai pendekatan *Community Development*. Saat itu mulai diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di SD. Departemen Kesehatan sudah mulai aktif membina dan memberdayakan masyarakat. Saat itulah Posyandu lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat. Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada era tahun 80-an menekankan pada pemberian informasi kesehatan melalui media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat dengan harapan masyarakat mau melakukan perilaku hidup sehat.

Namun kenyataannya, perubahan tersebut sangat lamban sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil. Dengan kata lain, peningkatan pengetahuan yang tinggi tidak diikuti dengan perubahan perilaku. Seperti yang diungkap hasil penelitian, 80% masyarakat tahu cara mencegah demam berdarah dengan melakukan 3M (menguras, menutup dan mengubur) tetapi hanya 35% dari masyarakat yang benar-benar melakukan 3M tersebut.

Oleh sebab itu, agar pendidikan kesehatan tidak terkesan 'tanpa arti', maka para ahli pendidikan kesehatan global yang dimotori oleh WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu promosi kesehatan lebih menekankan pada

peningkatan kemampuan hidup sehat bukan sekedar berperilaku sehat.

4. Periode tahun 1985-1995

Dibentuklah Direktorat Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktorat PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku. Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh 'Ottawa Charter' tentang Promosi Kesehatan.

5. Periode tahun 1995-sekarang

Istilah PKM menjadi Promosi Kesehatan. Bukan saja pemberdayaan kearah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi). Sehingga sasaran Promosi Kesehatan tidak hanya 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'st Century, Indonesian Policy for The Future*" dengan melahirkan "*The Jakarta Declaration*".

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa Promosi Kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Sehingga tujuan dari Promosi Kesehatan itu sendiri adalah memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Dengan demikian penggunaan istilah Promosi Kesehatan di Indonesia tersebut dipicu oleh perkembangan dunia Internasional. Nama unit *Health Education* di WHO baik di Hoodquarter, Geneva maupun di SEARO India, juga sudah berubah menjadi unit Health Promotion. Nama organisasi

profesi Internasional juga mengalami perubahan menjadi *International Union For Health Promotion and Education* (IUHPE). Istilah Promosi Kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia sendiri yang mengacu pada paradigma sehat. Salah satu tonggak promosi kesehatan ialah Deklarasi Jakarta, yang lahir dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke IV.

Deklarasi Jakarta Merumuskan bahwa:

- a. Promosi kesehatan adalah investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan, dan juga memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat.
- b. Promosi kesehatan memberikan hasil positif yang berbeda dibandingkan upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan bagi masyarakat dalam kesehatan.
- c. Promosi kesehatan perlu disosialisasikan dan harus menjadi tanggung jawab lintas sektor.

Deklarasi juga merumuskan prioritas-prioritas promosi kesehatan di abad 21 yaitu meningkatkan tanggung jawab dalam kesehatan, meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan, meningkatkan kemampuan masyarakat dan pemberdayaan individu serta menjamin infrastruktur promosi kesehatan.

1.2 Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Promosi kesehatan (*health promotion*) adalah upaya meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Promosi kesehatan dalam konteks kesehatan sering dikaitkan dengan penjualan (*sales*) dan periklanan (*advertising*) dan dipandang sebagai pendekatan propaganda yang didominasi oleh penggunaan media massa. Ini merupakan kesalahpahaman dengan promosi dalam konteks kesehatan dapat diartikan sebagai memperbaiki kesehatan, memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan

lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum (Elwes&Simnett, 1994).

Health promotion is the process of enabling people to increase control over and improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social, well being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations to satisfy needs, and to change or cope with the environment (Promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan social, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya baik fisik, social budaya dan sebagainya (Ottawa Charter, 1986).

Health promotion is programs are design to bring about change within people, organization, communities, and their environment (Promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan/perbaikan, baik di dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya baik fisik, social budaya, politik dan sebagainya (Victorian Health Foundation Australia, 1999).

1.3 Konsep Piagam Ottawa dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan

Piagam Ottawa adalah piagam kesepakatan yang dihasilkan pada Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama di Ottawa, Canada tahun 1986, telah membawa perubahan dalam pengertian dan praktek "*health promotion*" atau promosi kesehatan. Piagam ini mendefinisikan Promosi Kesehatan sebagai "Proses yang memungkinkan individu mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Untuk mencapai kesehatan jasmani, rohani dan sosial yang sempurna, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan, mampu mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan" (Ottawa Charter, 1986).

Piagam tersebut merumuskan upaya promosi kesehatan mencakup 5 butir.

1. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (*Health Public Policy*). Ditujukan kepada policy maker agar mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung kesehatan.
2. Lingkungan yang Mendukung (*Supportive Environment*). Ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar menyediakan prasarana sarana yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat.
3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Service*). Selama ini yang menjadi penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta sedangkan masyarakat adalah sebagai pengguna (*customers*) pelayanan kesehatan. Pemahaman ini harus diubah, bahwasanya masyarakat tidak sekedar pengguna tetapi bisa sebagai provider dalam batas-batas tertentu melalui upaya pemberdayaan.
4. Keterampilan Individu (*Personnel Skill*). Kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu, keluarga dan kelompok tersebut terwujud.
5. Gerakan Masyarakat (*Community Action*). Adanya gerakan-gerakan atau kegiatankegiatan di masyarakat yang mendukung kesehatan agar terwujud perilaku yang kondusif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Pengertian promosi kesehatan yang tertuang dalam piagam ottawa ini kemudian diperbarui WHO menjadi: "Proses pemberdayaan rakyat (individu dan masyarakat) yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya " (Ottawa Charter, 1986).

1.4 Determinan yang Mempengaruhi Promosi Kesehatan

Inti dari definisi promosi kesehatan, baik yang berasal dari Ottawa Charter, maupun modifikasinya dari *World Health Organization* adalah masyarakat menjalankan perilaku yang

menguntungkan kesehatan, baik berupa perilaku pencegahan dan pemeliharaan kesehatan, perilaku memilih dan memperbaiki lingkungan maupun perilaku penggunaan pelayanan kesehatan, bahkan perilaku yang berkenaan dengan aspek genetika dan kependudukan (Ottawa Charter, 1986).

Sehat dan menjadi sehat adalah upaya yang harus dilakukan. Salah satunya dengan melakukan upaya promosi kesehatan seperti yang diputuskan pada konferensi pertama di Kanada tahun 1986. Untuk itu, perlu mengetahui terlebih dahulu tentang determinan kesehatan. Saat ini semakin banyak orang yang memahami dan menerima bahwa kesehatan sangat dipengaruhi oleh determinan-determinan sosial dan lingkungan, disamping determinan fisik dan biologik. Determinan fisik seperti kebersihan lingkungan, cuaca, iklim dll, sedangkan determinan biologik misalnya mikroorganisme (virus, bakteri), parasit dan lain-lain.

Sementara itu determinan-determinan sosial yang sangat mempengaruhi kesehatan antara lain kemiskinan, pengangguran, kelestarian lingkungan, diskriminasi dan ketidakberdayaan (Bunton, 1992). Sepuluh determinan sosial yang mempengaruhi kesehatan, yaitu:

1. Kesenjangan sosial, pada masyarakat kelas sosial-ekonomi rendah, biasanya lebih beresiko dan rentan terhadap penyakit dan umur harapan hidup juga lebih rendah.
2. Stress, kegagalan dalam menanggulangi stress baik dalam pekerjaan maupun dalam kehidupan sehari-hari sangat mempengaruhi kesehatan seseorang.
3. Kehidupan dini, kesehatan di masa dewasa sangat ditentukan oleh kondisi kesehatan di usia dini atau awal kehidupan. Pertumbuhan fisik yang lambat dan dukungan emosional yang kurang baik di awal kehidupan, akan memberikan dampak kesehatan fisik, emosi dan kemampuan intelektual di masa dewasa.
4. Pengucilan sosial, pengucilan menghasilkan perasaan kehilangan dan tak berharga, mengungsi ke tempat lain yang asing, merasa dikucilkan, kehilangan harga diri, sangat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang.
5. Pekerjaan, stress di tempat kerja meningkatkan resiko terhadap penyakit dan kematian. Memperhatikan syarat-syarat

kesehatan dan keselamatan kerja sangat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan pekerja.

6. Pengangguran, jaminan adanya pekerjaan meningkatkan derajat kesehatan dan rasa sejahtera, bukan hanya untuk pekerja tapi juga seluruh keluarganya. Keadaan yang sebaliknya terjadi pada penganggur.
7. Dukungan sosial, persahabatan, hubungan sosial dan kekerabatan yang baik memberikan dampak kesehatan yang baik dalam keluarga, di tempat kerja dan di masyarakat.
8. Ketergantungan pada narkoba, pemakaian narkoba sangat memperburuk kondisi kesehatan dan kesejahteraan. Alkohol, narkoba dan merokok sangat erat hubungannya dalam memberikan dampak buruk pada kehidupan sosial dan ekonomi.
9. Pangan, cara makan yang sehat dan ketersediaan pangan merupakan hal utama dalam kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan masyarakat. Baik kekurangan gizi maupun kelebihan gizi sama-sama menimbulkan masalah kesehatan dan penyakit.
10. Transportasi, transportasi yang sehat berarti mengurangi waktu mengendarai dan meningkatkan gerak fisik yang sangat baik bagi kebugaran dan kesehatan. Selain itu, mengurangi kendaraan berarti membantu mengurangi polusi.

Dengan meningkatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, berkembangnya peradaban, serta dampak globalisasi, determinan-determinan kesehatan pun selalu berubah dan akan selalu ada yang baru. Misalnya perdagangan senjata, seks bebas, eksploitasi anak, dan lain-lain. Pada penyelenggaraan konferensi sedunia di Alma Ata secara gamblang menyatakan bahwa kondisi fundamental dan sumberdaya untuk sehat adalah perdamaian, perumahan, pangan, pendapatan, ekosistem yang stabil, kelestarian sumberdaya, keadilan sosial, dan kesetaraan. Hal ini disebut juga sebagai prasyarat dasar (*basic prerequisites*) untuk kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bunton, R. 1992. More than a woolly jumper health promotion as social regulation. *Critical Public Health* 3: 4-11
- Departemen Kesehatan RI. 1997. Deklarasi Jakarta Tentang Promosi Kesehatan pada Abad 21. Jakarta: PPKM Depkes RI.
- Ewles, L., dan Simnett I. 1994. Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis. Edisi Kedua. Yogyakarta: UGM Press.
- Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Health Promotion. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- Vic Health. 1999. Mental Health Promotion Plan 1999-2002. Victorian Health Promotion Foundation. Victorian Foundation for Survivors of Torture. Melbourne. <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/General/VH-action-plan-web.pdf?la=en&hash=B2687DB5B81D237FCB8834485A17D7AFFF1F79AB>.

BAB 2

KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN

Oleh Yusriani

2.1 Pendahuluan

Perilaku adalah merupakan perbuatan/tindakan dan perkataan seseorang yang sifatnya dapat diamati, digambarkan dan dicatat oleh orang lain ataupun orang yang melakukannya. Berdasarkan sifatnya perilaku terbagi menjadi dua, yaitu perilaku perilaku baik dan buruk.

Tolak ukur perilaku yang baik dan buruk ini pun dinilai dari norma-norma yang berlaku dimasyarakat. Baik itu norma agama, hukum, kesopanan, kesusialaan, dan norma-norma lainnya.

Dalam kesehatan hubungan perilaku sangatlah erat sekali. Banyak hal yang tanpa kita sadari dari perilaku yang kecil dapat menimbulkan efek kesehatan yang besar bagi seseorang. Salah satu contohnya berupa pesan kesehatan yang sedang maraknya digerakkan oleh promotor kesehatan tentang cuci tangan sebelum melakukan aktifitas, kita semua tahu jika mencuci tangan adalah hal yang sederhana, tapi dari hal kecil tersebut kita bisa melakukan revolusi kesehatan kearah yang lebih baik. Sungguh besar efek perilaku tersebut bagi kesehatan, begitu pula dengan kesehatan yang baik akan tercermin apabila seseorang tersebut melakukan perilaku yang baik.

2.2 Batasan Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas kegiatan organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh- tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Menurut Skinner seorang ahli psikologi, yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan

respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dalam teori Skinner dibedakan adanya dua respon:

1. *Respondent respons* atau *flexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus ini disebut *eleciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. misalnya makanan lezat akan menimbulkan nafsu untuk makan dan sebagainya. Respondent respons juga mencakup perilaku emosional misalnya sedih apabila ditimpa berita musibah.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka Notoatmodjo (2003) membagi perilaku menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2003).

Seperti telah disebutkan di atas, sebagian besar perilaku manusia adalah operant respons. Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skinner adalah sebagai berikut:

Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforcer berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi

perilaku yang akan dibentuk. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.

Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi reinforcer atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut. Melakukan pembentukan dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang kedua kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk. Sebagai ilustrasi, misalnya dikehendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini maka anak tersebut harus:

- Pergi ke kamar mandi sebelum tidur
- Mengambil sikat gigi dan odol
- Mengambil air dan berkumur
- Melaksanakan sikat gigi,
- Menyimpan sikat gigi dan odol
- Pergi ke kamar tidur.

2.3 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)

Perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk

penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek, yaitu:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan.
 - b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
 - c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*), pengobatan alternatif, pengobatan kesehatan tradisional sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan
Perilaku ini menjelaskan Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatan sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

Seorang ahli lain (Becker, 1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini:

a. Perilaku hidup sehat (*healthy life style*)

Perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya atau pola/gaya hidup sehat (*healthy life style*). Perilaku ini mencakup antara lain:

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang disini dalam arti kualitas (mengandung zat – zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang tetapi juga tidak lebih). Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.
- 2) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah – olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
- 3) Tidak minum minuman keras dan narkoba. Kebiasaan minum miras dan mengkonsumsi narkoba (narkotika dan bahan-bahan berbahaya lainnya) juga cenderung meningkatkan. Sekitar 1% penduduk Indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minum miras.
- 4) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.
- 5) Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Lebih-lebih sebagian akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti diuraikan diatas. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat dihindari, yang

penting dijaga agar stres tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan positif.

- 6) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan. Misalnya: tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri dengan lingkungan, dan lain-lain.

b. Perilaku Sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya. Tindakan yang muncul pada orang sakit adalah:

- 1) Didiamkan saja, dan tetap menjalankan aktivitas sehari-hari.
- 2) Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment*) melalui cara tradisional atau cara modern.
- 3) Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan modern atau tradisional.

c. Perilaku peran Sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang sakit (mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) Mengenal, mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak,
- 3) Mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

2.4 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultant* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

- a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan

terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Berikut Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif:

- 1) Tahu (*know*). Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: seorang remaja yang bisa menyebutkan tanda-tanda puber melalui perubahan secara fisik Seorang ibu yang bisa menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi.
- 2) Memahami (*comprehension*). Memahami diartikan sebagian suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Contoh: seorang remaja yang bisa menjelaskan mengapa terjadi perubahan secara fisik pada remaja saat pubertas. Seorang ibu yang bisa menjelaskan jenis-jenis alat kontrasepsi dan kegunaannya masing-masing.
- 3) Aplikasi (*aplication*). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan – perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip – prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.
- 4) Analisis (*analysis*). Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata

kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

- 5) Sintesis (*synthesis*). Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian- bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulai-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*). Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru yaitu :

- 1) Menghafal (*Remember*) Menarik kembali informasi yang tersimpan dalam memori jangka panjang. Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengkondisikan agar “mengingat” bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori mencakup dua macam proses kognitif: mengenali (*recognizing*) dan mengingat (*recalling*).
- 2) Memahami (*Understand*) Mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengetahuan awal yang dimiliki, mengaitkan informasi yang baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan yang baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran siswa. Karena penyusunan skema adalah konsep, maka pengetahuan konseptual merupakan dasar pemahaman.

Kategori memahami mencakup tujuh proses kognitif: menafsirkan (*interpreting*), memberikan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), meringkas (*summarizing*), menarik inferensi (*inferring*), membandingkan (*comparing*), dan menjelaskan (*explaining*).

- 3) Mengaplikasikan (*Applying*) Mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Oleh karena itu mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural. Namun tidak berarti bahwa kategori ini hanya sesuai untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).
- 4) Menganalisis (*Analyzing*) Menguraikan suatu permasalahan atau obyek ke unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsur- unsur tersebut dan struktur besarnya. Ada tiga macam proses kognitif yang tercakup dalam menganalisis: membedakan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan pesan tersirat (*attributing*).
- 5) Mengevaluasi Membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang tercakup dalam kategori ini: memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).
- 6) Membuat (*create*) Menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif yang tergolong dalam kategori ini, yaitu: membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Sikap sebagai domain perilaku memiliki fungsi yaitu :

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

Sikap bisa dibagi menurut tingkat intensitasnya, yaitu:

- 1) Menerima. Menerima diartikan individu atau subjek mau menerima stimulus atau objek yang diberikan.
- 2) Menanggapi. Menanggapi diartikan subjek memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- 3) Menghargai. Menghargai diartikan apabila subjek dapat memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus.

- 4) Bertanggung jawab. Bertanggung jawab diartikan subjek tersebut berani mengambil resiko terhadap apa yang diyakininya.

c. Praktik atau tindakan (*Practice*)

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

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

- 1) Respons terpimpin (*guided response*). Dapat dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong - motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.
- 2) Mekanisme (*mecanism*). Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunisasikan bayinya pada umur - umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain. Ibu yang sudah terbiasa memasak air hingga mendidih dan memasak sayur hingga matang. Ibu yang sudah terbiasa menyiapkan sarapan buat anaknya dan anaknya harus mengkonsumsi sarapan di pagi hari.
- 3) Adopsi (*adoption*). Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah di motifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana. Pengukuran

perilaku dapat dilakukan dengan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.5 Edukasi Perilaku Kesehatan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Masyarakat Desa Timusu Kecamatan Ulaweng Kabupaten Bone

Perilaku mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu perilaku yang dapat menghindari kita terkena kuman. Kebiasaan masyarakat bisa diubah tergantung kebijakan yang berlaku, sebaiknya Perilaku dan budaya masyarakat juga dapat membuat kebijakan. Peran tenaga profesi kesehatan masyarakat dalam kedaruratan kesmas menjadi central point, masih ada masyarakat yang tidak mencuci tangan pakai sabun. Setiap individu dapat melindungi diri dari sengan kuman dan virus. Salah satunya adalah dengan rajin mencuci tangan dengan sabun.

Tujuan dan target khusus yang telah dicapai adalah 1) Pemberian edukasi terkait mencuci tangan pakai sabun, sehingga diharapkan hal tersebut mampu meningkatkan pemahaman dan wawasan kelompok masyarakat agar mereka juga dapat menyebarluaskan informasi tersebut guna mencapai kehidupan bermasyarakat yang sehat dan sejahtera sehingga terhindar dari segala macam penyakit 2). Pembagian brosur sebagai bahan pembelajaran dan pengingat bagi kelompok masyarakat 3). Memberikan pelatihan kepada kelompok masyarakat tentang cara mencuci tangan pakai sabun dengan benar 4). Pemberian alat cuci tangan percontohan bagi masyarakat yang diharapkan dapat mengadakan alat cuci tangan di rumah masing-masing.

Metode yang telah digunakan dalam pencapaian tujuan ini adalah pendekatan partisipatif dengan metode diskusi serta metode pelatihan/praktik untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat. Evaluasi dari kegiatan ini adalah pengisian kuesioner *pre-post tes*, *door to door* dan daftar tilik keterampilan.

Hasil yang diperoleh dari evaluasi tersebut adalah 1). Peningkatan pengetahuan dan wawasan kelompok masyarakat terkait pentingnya mencuci tangan pakai sabun dibuktikan melalui perubahan nilai pada kuesioner *pre-post tes*. 2). Brosur yang dibagikan cukup membantu masyarakat dalam peningkatan pengetahuan dan penguatan. Hal itu dibuktikan melalui awetnya penyimpanan brosur setelah selesainya kegiatan. 3). Penilaian daftar tilik keterampilan menunjukkan hasil “MEMUASKAN” karena sebagian besar tahap pengolahan dikerjakan langsung oleh kelompok masyarakat. 4) Evaluasi secara door to door untuk memastikan masyarakat mengadakan alat mencuci tangan di rumah masing-masing.

Memberikan Pelatihan/praktik kepada kelompok masyarakat tentang cara mencuci tangan pakai sabun dengan benar. Hasil Evaluasi dari kegiatan ini adalah bukti berupa dokumentasi apakah masyarakat telah mengaplikasikan ilmu yang telah diberikan dalam kehidupan sehari-hari. Hasil Evaluasi Pelatihan/praktik kelompok masyarakat tentang cara mencuci tangan pakai sabun dengan benar.





Pembagian Brosur



Pelatihan Cara Mencuci Tangan



Evaluasi kegiatan pelatihan mencuci tangan

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus MRL, S. M. 2020. Buku Ajar Promosi Kesehatan. Jakarta.
- Azwar, S. 2012. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya (Edisi Kedu ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar
- Fazriyati, W. (2013). Kebiasaan CTPS di RS tekan infeksi nosokomial. (Online). <http://health.kompas.com/read/2013/09/26/1643106/Kebiasaan.CTPS.di.RS>. Tekan.Infeksi.Nosokomial. diakses tanggal 10 Maret 2020 di Yogyakarta.
- B.F Skinner. 1996. Science and Human Behavior. New York: McMillan.
- Festinger, L. 1957. Theory Of Cognitive Dissonance. New York: Stanford University Press.
- Geller,E.S.2005. Behavior-Based Safety and Occupational Risk Management Behavior Modification,29, 539-561.
- Ircham Machfoedz dan Eko Suryani dan.2008. Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan.Yogyakarta :Fitramaya.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Manlaknis STBM : Pedoman Teknis Pelaksanaan Teknis STBM Tahun 2012. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun Di Indonesia. (Internet). <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatinckps.pdf>, diakses tanggal 10 Maret 2020 di Yogyakarta.Lampiran 1 Biodata Mahasiswa
- Langer, E. S., Mindful Learning, Perseus Books, Reading, MA, 1997.
- Malott, R. W., Rule-governed behavior and behavioral anthropology, Behav. Anal., 22, 181, 1988. Malott, R. W., A theory of rule-governed behavior and organizational behavior management, J. Organ. Behav. Manage., 12(2), 45, 1992.
- McSween, T. E., The Values-Based Safety Process: Improving Your Safety Culture with a Behavioral Approach, Van Nostrand Reinhold, New York, 1995.
- Muzaham, Fauzi.1995.Sosiologi Kesehatan.Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. "Ilmu Perilaku Kesehatan". Jakarta. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, & Sarwono, Solita. 1985. Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Hlm. 23
- Notoatmodjo, Soekidjo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. (Jakarta: Rineka Cipta 2007).
- Petersen, D., Safe Behavior Reinforcement, Aloray, Inc., Goshen, NY, 1989.
- Skinner, BF, Sains dan Perilaku Manusia, Macmillan, New York, 1953.
- Sulzer-Azaroff, B., Perilaku pendekatan untuk keselamatan dan kesehatan kerja, di Handbook of Perilaku Organisasi Manajemen, Frederiksen, L., Ed., Wiley, New York, 1982.
- Rita, A., 2020. Tak Perlu Panik Cari "Hand Sanitizer", Cukup Cuci Tangan dengan Sabun atau Semprot Alkohol. (Internet), <https://bebas.kompas.id/baca/metro/2020/03/03/ctakperlu-panik-cari-hand-sanitizer-cukup-cuci-tangan-dengan-sabun-atau-semprot-alkohol/>, diakses tanggal 5 Maret 2020 di Yogyakarta.
- STBM Kemenkes RI. 2014. Hari Cuci Tangan Pakai Sabun se-Dunia v.s Pendidikan Anak sejak Dini. (Internet). <http://stbm.kemkes.go.id/app/news/8621/hari-cuci-tangan-pakaisabun-se-dunia-vs-pendidikan-anak-sejak-dini>, diakses tanggal 5 Maret 2020 di Yogyakarta.
- Suparyanto. 2013. Perilaku Sakit. diakses dari <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2013/10/perilaku-sakit.html?m=1> pada 15 Oktober 2013.
- Wayne, D.M. 2004. An Analysis of the Behavior-Based Safety Program at Company XYZ. University of Wisconsin Stout
- Williams, J.H.; Geller, E.S. 2000. "Behavior-based intervention for occupational safety: critical impact of social comparison feedback". Journal of Safety Research, Vol. 31 (3), pp. 135 - 142.

BAB 3

PENGKAJIAN KEBUTUHAN PROMOSI KESEHATAN

Oleh Mahaza

3.1 Pendahuluan

Menurut Dignan dan Carr 1992 perencanaan program promosi kesehatan berdasar pada model dari pendidikan secara umum, yaitu : Gambaran Tenaga Kesehatan Penentuan goal Dan objektif Menetapkan tujuan Penentuan area Pendidikan pendidikan Penentuan bentuk Penentuan model design sistem pengajaran pengajaran umpan balik Membuat contoh tes penentuan program Program awal sesuai kebutuhan. Berdasarkan model tersebut terdapat empat komponen dasar yang diperlukan untuk menyusun rencana pengajaran. Model tersebut tidak hanya menunjukkan komponen untuk pengajaran, tetapi juga memberi petunjuk untuk penyusunan program yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan yang berhubungan dengan kesehatan.

Dignan dan Carr 1992 menyatakan bahwa proses untuk perencanaan program untuk pendidikan kesehatan masyarakat terdiri dari: analisis komunitas, diagnosa komunitas, penetapan fokus program, analisis kelompok target, penyusunan rencana program, pelaksanaan dan evaluasi. Analisis komunitas merupakan proses pengumpulan informasi yang berhubungan dengan komunitas yang akan dipelajari. Diagnosa komunitas merupakan tahap akhir dari analisis komunitas yang meliputi penyusunan data dan identifikasi kesenjangan antara masalah kesehatan dan pelayanan kesehatan. Setelah kebutuhan dapat teridentifikasi langkah selanjutnya adalah menetapkan fokus program. Penentuan fokus program menentukan bentuk program yang harus disusun berdasar pada kelompok target dan kebutuhan yang sudah teridentifikasi.

Analisis target adalah tahapan dari perencanaan program promosi kesehatan yang bertujuan untuk menganalisis kelompok

sasaran berdasar perilaku dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dari sasaran. Bagian paling penting dari perencanaan program adalah analisis komunitas atau yang biasa dikenal sebagai analisis kebutuhan need assessment. Keberhasilan program promosi kesehatan tergantung dari data yang didapat tentang individu, kelompok atau sistem yang akan menjadi fokus dari program. Berdasarkan data tersebut perencana program dapat memahami masalah kesehatan yang perlu diatasi dan sumberdaya yang tersedia.

Model *Procede* dan *Proceed* juga berperan penting dalam perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan karena menyediakan bentuk untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan masalah kesehatan, perilaku dan pelaksanaan program. *Precede* *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* adalah akronim untuk pengaruh, pendukung dan pemungkin menggambarkan diagnosis administrasi dengan pelaksanaan serta evaluasi progr. Permasalahan kesehatan dapat dipelajari dengan memperhatikan faktor perilaku dan non perilaku atau penyebab dari lingkungan untuk masalah kesehatan. Baik faktor perilaku maupun non perilaku keduanya dapat menjadi target potensial untuk program promosi kesehatan. Meskipun demikian salah satu faktor sebab akibat dapat dipilih menjadi target program berdasar pada besarnya kemungkinan untuk terjadi perubahan dan pentingnya faktor tersebut terhadap kesehatan secara keseluruhan Dignan dan Carr,1992. Perilaku kesehatan dapat dikelompokkan berdasar faktor yang mendukung kemunculannya.

3.2 Tiga faktor dalam perubahan Perilaku

Faktor pengaruh *predisposing* adalah faktor yang mempengaruhi seseorang atau kelompok untuk melakukan tindakan. Pengetahuan, sikap, nilai, kepercayaan dan ketrampilan merupakan bentuk dari faktor pengaruh. Faktor pendukung *enabling* meliputi faktor ketrampilan personal dan sumber daya yang tersedia yang diperlukan untuk membentuk satu perilaku. Faktor pendukung adalah faktor –faktor yang berkaitan dengan individu, kelompok, dan sistem kesehatan yang memungkinkan keberhasilan terjadinya suatu tindakan. Faktor pendorong

reinforcing yaitu faktor yang mendorong perilaku kesehatan atau *outcomes* untuk tetap dilakukan. Dorongan dapat berasal dari individu atau kelompok, dari individu atau institusi atau dari masyarakat.

Perilaku diklasifikasikan ke dalam faktor-faktor yang menyebabkan, mendukung dan mendorong terjadinya perilaku. Klasifikasi ini bermanfaat dalam penyusunan program promosi kesehatan. Klasifikasi ini juga memberikan data yang dapat dianalisis untuk perilaku dan tindakan yang diperlukan untuk mengubah perilaku tersebut. Langkah pertama dalam *precede* model adalah mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan dalam hubungannya sebagai faktor pengaruh, pendukung dan pendorong. Faktor-faktor tersebut dapat berhubungan dengan perilaku individu atau sumberdaya dan faktor lingkungan. Langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah di antara faktor-faktor dalam berbagai kategori tersebut. Faktor-faktor tersebut dinilai berdasarkan urutan pengaruh mereka terhadap perilaku kesehatan, kemungkinan untuk diubah dan sumberdaya yang tersedia untuk mengubah perilaku tersebut. Setelah prioritas masalah teridentifikasi dapat ditentukan tujuan program promosi kesehatan yang merupakan petunjuk untuk melakukan penyusunan program. Suharto 1997, menjelaskan bahwa proses perumusan kebijakan sosial dapat dikelompokkan dalam 3 tahap, yaitu: tahap identifikasi, tahap implementasi dan tahap evaluasi. Setiap tahap terdiri dari beberapa tahapan yang saling terkait

3.3 Tahapan perumusan kebijakan

- a. Tahap Identifikasi i. Identifikasi Masalah dan Kebutuhan: tahap pertama dalam perumusan kebijakan sosial adalah mengumpulkan data mengenai permasalahan social yang dialami masyarakat dan mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan masyarakat yang belum terpenuhi.
- b. Analisis Masalah dan Kebutuhan: tahap berikutnya adalah mengolah, memilah dan memilih data mengenai masalah dan kebutuhan masyarakat yang selanjutnya dianalisis dan ditransformasikan ke dalam laporan yang terorganisasi.

Informasi yang perlu diketahui antara lain: apa penyebab masalah dan apa kebutuhan masyarakat? Dampak apa yang mungkin timbul jika apabila masalah tidak dipecahkan dan kebutuhan tidak dipenuhi? Siapa dan kelompok mana yang terkena masalah?

- c. Penginformasian Rencana Kebijakan: berdasarkan laporan hasil analisis disusunlah rencana kebijakan. Rencana ini kemudian disampaikan kepada berbagai sub-sistem masyarakat yang terkait dengan isu-isu kebijakan sosial untuk memperoleh masukan dan tanggapan. Rencana ini dapat pula diajukan kepada lembaga-lembaga perwakilan rakyat untuk dibahas dan disetujui.
- d. Perumusan Tujuan Kebijakan: setelah mendapat berbagai saran dari masyarakat dilakukanlah berbagai diskusi dan pembahasan untuk memperoleh alternatif-alternatif kebijakan. Beberapa alternatif kemudian dianalisis kembali dan dipertajam menjadi tujuan-tujuan kebijakan.
- v. Pemilihan Model Kebijakan: pemilihan model kebijakan dilakukan terutama untuk menentukan pendekatan, metoda dan strategi yang paling efektif dan efisien mencapai tujuan-tujuan kebijakan. Pemilihan model ini juga dimaksudkan untuk memperoleh basis ilmiah dan prinsip-prinsip kebijakan sosial yang logis, sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan.
- vi. Penentuan Indikator Sosial: agar pencapaian tujuan dan pemilihan model kebijakan dapat terukur secara objektif, maka perlu dirumuskan indikator-indikator sosial yang berfungsi sebagai acuan, ukuran atau standar bagi rencana tindakan dan hasil-hasil yang akan dicapai.
- vii. Membangun Dukungan dan Legitimasi Publik: tugas pada tahap ini adalah menginformasikan kembali rencana kebijakan yang telah disempurnakan. Selanjutnya melibatkan berbagai pihak yang relevan dengan kebijakan, melakukan lobi, negosiasi dan koalisi dengan berbagai kelompok-kelompok masyarakat agar tercapai konsensus dan kesepakatan mengenai kebijakan sosial yang akan diterapkan.
- b. Tahap Implementasi:
 - i. Perumusan kebijakan: rencana kebijakan yang sudah disepakati bersama dirumuskan ke dalam strategi dan pilihan tindakan beserta pedoman peraturan pelaksanaannya.
 - ii.

Perancangan dan implementasi program: kegiatan utama dalam tahap ini adalah mengoperasionalkan kebijakan ke dalam usulan-usulan program untuk dilaksanakan. c. Tahap Evaluasi Evaluasi dilakukan baik terhadap proses maupun hasil implementasi kebijakan. Penilaian terhadap proses kebijakan difokuskan pada tahapan perumusan kebijakan, terutama untuk melihat keterpaduan antar tahapan, serta sejauhmana program dan pelayanan sosial mengikuti garis kebijakan yang telah ditetapkan. Penilaian terhadap hasil dilakukan untuk melihat pengaruh atau dampak kebijakan, sejauh mana kebijakan mampu mengurangi atau mengatasi masalah. Berdasarkan evaluasi ini, dirumuskanlah kelebihan dan kekurangan kebijakan yang akan dijadikan masukan bagi penyempurnaan kebijakan berikutnya atau perumusan kebijakan baru.

3.4 Mengkaji Kebutuhan Promosi Kesehatan

Pengkajian Faktor Predisposisi

1. Pengkajian riwayat keTenaga Kesehatanan

Informasi tentang usia akan memberi petunjuk mengenai status perkembangan seseorang, sehingga dapat memberi arah mengenai isi promosi kesehatan dan pendekatan yang harus digunakan. pertanyaan yang di ajukan hendaknya sederhana. Pada klien usia lanjut, pertanyaan diajukan dengan perlahan dan diulang. Status perkembangan, terutama pada klien anak, dapat dikaji melalui observasi ketika anak melakukan aktivitas, sehingga perawat mendapat data tentang kemampuan motorik dan perkembangan intelektualnya.

Persepsi klien tentang keadaan masalah kesehatannya saat ini dan bagaimana mereka menaruh perhatian terhadap masalahnya dapat memberikan informasi kepada Tenaga Kesehatan tentang seberapa jauh pengetahuan mereka mengenai masalahnya dan pengaruhnya terhadap kebiasaan aktivitas sehari-hari. Informasi ini dapat memberi petunjuk kepada Tenaga Kesehatan untuk memberi arahan yang tepat serta sumber-sumber lain yang dapat digunakan oleh klien.

Kepercayaan klien tentang kesehatan, kepercayaan tentang agama yang dianut, dan peran gender merupakan faktor penting dalam mengembangkan rencana pendidikan kesehatan. Kepercayaan yang penting digali pada klien, contohnya adalah kepercayaan tidak boleh menerima tranfusi darah, tidak boleh menjadi donor organ tubuh, dan tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi.

Berbagai daerah mempunyai kepercayaan dan praktik-praktik tersendiri. Kepercayaan dalam budaya tersebut dapat berhubungan dengan kebiasaan makan, kebiasaan mempertahankan kesehatan, kebiasaan menangani keadaan sakit, serta gaya hidup. Tenaga Kesehatan

sangat penting mengetahui hal tersebut, namun demikian tidak boleh menarik asumsi bahwa setiap individu dalam suatu etnik dengan kultur tertentu mempunyai kebiasaan yang sama, karena hal ini tidak selalu terjadi. Oleh karena itu, Tenaga Kesehatan tetap harus mengkaji dan menilai klien secara individual.

Keadaan ekonomi klien dapat berpengaruh terhadap proses belajar klien. Bagaimanapun, Tenaga Kesehatan harus mengkaji hal ini dengan baik, karena perencanaan pendidikan kesehatan dirancang sesuai dengan sumber-sumber yang ada pada klien agar tujuan tercapai. Jika tidak, rancangan tidak akan sesuai dan sulit untuk dilaksanakan. Bagaimana cara klien belajar adalah hal yang sangat penting untuk diketahui. Cara belajar yang terbaik bagi setiap individu bervariasi. Cara terbaik seseorang dalam belajar mungkin dengan melihat atau menonton untuk memahami sesuatu dengan baik. Dilain pihak, yang lain mungkin belajar tidak dengan cara melihat, tetapi dengan cara melakukan secara actual dan menemukan bagaimana cara-cara mengerjakan sesuatu hal. Yang lain mungkin dapat belajar dengan baik dengan membaca sesuatu yang dipresentasikan oleh orang lain. Tenaga Kesehatan perlu meluangkan waktu dan memupuk keterampilan untuk mengkaji klien dan mengidentifikasi gaya belajar, untuk kemudian mengadaptasi pendidikan kesehatan yang sesuai dengan cara-cara klien belajar. Menggunakan variasi teknik mengajar dan variasi aktivitas selama mengajar adalah jalan

yang baik untuk memenuhi kebutuhan gaya belajar klien. Sebuah teknik akan sangat efektif untuk beberapa klien, sebaliknya teknik lain akan cocok untuk klien dengan gaya belajar yang berbeda.

Tenaga Kesehatan perlu mengkaji system pendukung klien untuk menentukan siapa saja sasaran pendidikan yang mungkin dapat mempertinggi dan mendorong proses belajar klien. Anggota keluarga atau teman dekat mungkin dapat membantu klien dalam mengembangkan keterampilan di rumah dan mempertahankan perubahan gaya hidup yang diperlukan klien.

2. Pengkajian fisik

Pengkajian fisik secara umum dapat memberikan petunjuk terhadap kebutuhan belajar klien. Contohnya: status mental, kekuatan fisik, status nutrisi. Hal lain yang mencakup pengkajian fisik adalah pernyataan klien tentang kapasitas fisik untuk belajar dan untuk aktivitas Tenaga Kesehatan diri sendiri. Kemampuan melihat dan mendengar memberi pengaruh besar terhadap pemilihan substansi dan pendekatan dalam mengajar. Fungsi system muskuloskelet mempengaruhi kemampuan keterampilan psikomotor dan Tenaga Kesehatan diri. Toleransi aktivitas juga dapat mempengaruhi kapasitas klien untuk melakukan aktivitas.

3. Pengkajian kesiapan klien untuk belajar

Klien yang siap untuk belajar sering dapat dibedakan dengan klien yang tidak siap. Seorang klien yang siap belajar mungkin mencari informasi, misalnya melalui bertanya, membaca buku atau artikel, tukar pendapat dengan sesama klien yang pada umumnya menunjukkan ketertarikan. Dilain pihak, klien yang tidak siap belajar biasanya lebih suka untuk menghindari masalah atau situasi. Kesiapan fisik penting di kaji oleh Tenaga Kesehatan apakah klien dapat memfokuskan perhatian atau lebih berfokus status fisiknya, misalnya terhadap nyeri, pusing, lelah, mengantuk, atau lain hal.

Kesiapan emosi. Apakah secara emosi klien siap untuk belajar? Klien dalam keadaan cemas, depresi, atau dalam

keadaan berduka karena keadaan kesehatannya atau keadaan keluarganya biasanya tidak siap untuk belajar. Tenaga Kesehatan tidak dapat memaksakan, tetapi harus menunggu sampai keadaan klien memungkinkan dapat menerima proses pembelajaran.

Kesiapan kognitif. Dapatkah klien berpikir secara jernih? apakah klien dalam keadaan sadar penuh, apakah klien tidak dalam pengaruh zat yang mengganggu tingkat kesadaran? Pertanyaan itu sangat penting untuk dikaji.

Kesiapan berkomunikasi. Sudahkah klien dapat berhubungan dengan rasa saling percaya dengan Tenaga Kesehatan? Ataukah klien belum mau menjalin komunikasi karena masih belum menaruh rasa percaya. Hubungan saling percaya antara Tenaga Kesehatan dan klien menentukan komunikasi dua arah yang diperlukan dalam proses belajar mengajar.

3.5 Pengkajian motivasi

Secara umum dapat diterima bahwa seseorang harus mempunyai keinginan belajar demi keefektifan pembelajaran. Motivasi dan memberi rangsangan atau jalan untuk belajar merupakan faktor penentu yang sangat kuat untuk kesuksesan dalam mendidik klien dan berhubungan erat dengan pemenuhan kebutuhan klien. Motivasi seseorang dapat dipengaruhi oleh masalah keuangan, penolakan terhadap status kesehatan, kurangnya dorongan dari lingkungan social, pengingkaran terhadap penyakit, kecemasan, ketakutan, rasa malu atau adanya konsep diri yang negatif. Motivasi juga dipengaruhi oleh sikap dan kepercayaan. Contohnya, motivasi belajar seorang pria setengah baya yang dinyatakan hipertensi dan mulai mendapat pengobatan anti hipertensi untuk mengendalikan tekanan darahnya mungkin akan rendah jika teman dekatnya menceritakan bahwa ia impotent setelah mendapat pengobatan yang sama.

Pengkajian tentang motivasi belajar sering merupakan bagian dari pengkajian kesehatan secara umum atau diangkat sebagai masalah yang spesifik. Seorang Tenaga Kesehatan ketika mengkaji motivasi dan kemampuan klien harus betul-betul

mengerti sepenuhnya tentang subjek belajar. Motivasi memang sulit untuk dikaji, mungkin dapat ditunjukkan secara verbal atau juga secara nonverbal.

a. Pengkajian Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin mencakup keterampilan serta sumber daya yang penting untuk menampilkan perilaku yang sehat. Sumber daya dimaksud meliputi fasilitas yang ada, personalia yang tersedia, ruangan yang ada, atau sumber-sumber lain yang serupa. Faktor ini juga menyangkut keterjangkauan sumber tersebut oleh klien: apakah biaya, jarak, waktu dapat dijangkau? Bagaimana keterampilan klien untuk melakukan perubahan perilaku perlu diketahui, karena dengan mengetahui sejauh mana klien memiliki keterampilan pemungkin, wawasan yang bernilai bagi perencana pendidikan kesehatan dapat diperoleh.

b. Pengkajian Faktor Penguat

Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat tersebut bergantung kepada tujuan dan jenis program. Di dalam pendidikan kesehatan klien di rumah sakit, misalnya, penguat diberikan oleh Tenaga Kesehatan, dokter, ahli gizi, atau klien lain dan keluarga. Di dalam pendidikan kesehatan di sekolah penguat mungkin berasal dari guru, teman sebaya, pimpinan sekolah, dan keluarga. Apakah faktor penguat itu positif atau negative tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berpengaruh. Pengaruh itu tidak sama, mungkin sebagian mempunyai pengaruh yang sangat kuat dibandingkan dengan yang lainnya dalam mempengaruhi perubahan perilaku.

Tenaga Kesehatan perlu mengkaji secara cermat faktor penguat ini, untuk menjamin bahwa sasaran pendidikan kesehatan mempunyai kesempatan yang maksimum untuk mendapat umpan balik yang mendukung selama berlangsungnya proses perubahan perilaku.

Menurut Dignan dan Carr 1992 perencanaan program promosi kesehatan berdasar pada model dari pendidikan secara umum, yaitu : Gambaran Tenaga Kesehatan Penentuan

goal Dan objektif Menetapkan tujuan Penentuan area Pendidikan pendidikan Penentuan bentuk Penentuan model design sistem pengajaran pengajaran umpan balik Membuat contoh tes penentuan program Program awal sesuai kebutuhan.

Model penyusunan rencana pengajaran. 1 Berdasar model tersebut terdapat empat komponen dasar yang diperlukan untuk menyusun rencana pengajaran. Model tersebut tidak hanya menunjukkan komponen untuk pengajaran, tetapi juga memberi petunjuk untuk penyusunan program yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan yang berhubungan dengan kesehatan. Dignan dan Carr 1992 menyatakan bahwa proses untuk perencanaan program untuk pendidikan kesehatan masyarakat terdiri dari: analisis komunitas, diagnosa komunitas, penetapan fokus program, analisis kelompok target, penyusunan rencana program, pelaksanaan dan evaluasi. Analisis komunitas merupakan proses pengumpulan informasi yang berhubungan dengan komunitas yang akan dipelajari.

Diagnosa komunitas merupakan tahap akhir dari analisis komunitas yang meliputi penyusunan data dan identifikasi kesenjangan antara masalah kesehatan dan pelayanan kesehatan. Setelah kebutuhan dapat teridentifikasi langkah selanjutnya adalah menetapkan fokus program. Penentuan fokus program menentukan bentuk program yang harus disusun berdasar pada kelompok target dan kebutuhan yang sudah teridentifikasi.

Analisis target adalah tahapan dari perencanaan program promosi kesehatan yang bertujuan untuk menganalisis kelompok sasaran berdasar perilaku dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dari sasaran. Bagian paling penting dari perencanaan program adalah analisis komunitas atau yang biasa dikenal sebagai analisis kebutuhan need assessment. li Keberhasilan program promosi kesehatan tergantung dari data yang didapat tentang individu, kelompok atau sistem yang akan menjadi fokus dari program.

Berdasarkan data tersebut perencana program dapat memahami masalah kesehatan yang perlu diatasi dan sumberdaya yang tersedia. Model Procede dan Proceed juga berperan penting dalam

perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan karena menyediakan bentuk untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan masalah kesehatan, perilaku dan pelaksanaan program. Precede predisposing, reinforcing dan enabling adalah akronim untuk pengaruh, pendukung dan pemungkin menggambarkan diagnosis administrasi dengan pelaksanaan serta evaluasi progr.

Permasalahan kesehatan dapat dipelajari dengan memperhatikan faktor perilaku dan non perilaku atau penyebab dari lingkungan untuk masalah kesehatan. Baik faktor perilaku maupun non perilaku keduanya dapat menjadi target potensial untuk program promosi kesehatan. Meskipun demikian salah satu faktor sebab akibat dapat dipilih menjadi target program berdasar pada besarnya kemungkinan untuk terjadi perubahan dan pentingnya faktor tersebut terhadap kesehatan secara keseluruhan Dignan dan Carr,1992. Perilaku kesehatan dapat dikelompokkan berdasar faktor yang mendukung kemunculannya.

Tiga kategori faktor ini merupakan bentuk precede yang memungkinkan untuk memisahkan perilaku ke dalam unit kesatuan untuk perencanaan pogram Greene dan Kreuter, 1991. Iii Faktor pengaruh predisposing adalah faktor yang mempengaruhi seseorang atau kelompok untuk melakukan tindakan. Pengetahuan, sikap, nilai, kepercayaan dan ketrampilan merupakan bentuk dari faktor pengaruh. Faktor pendukung enabling meliputi faktor ketrampilan personal dan sumber daya yang tersedia yang diperlukan untuk membentuk satu perilaku. Faktor pendukung adalah faktor –faktor yang berkaitan dengan individu, kelompok, dan sistem kesehatan yang memungkinkan keberhasilan terjadinya suatu tindakan. Faktor pendorong reinforcing yaitu faktor yang mendorong perilaku kesehatan atau outcomes untuk tetap dilakukan. Dorongan dapat berasal dari individu atau kelompok, dari individu atau institusi atau dari masyarakat.

Perilaku diklasifikasikan ke dalam faktor-faktor yang menyebabkan, mendukung dan mendorong terjadinya perilaku. Klasifikasi ini bermanfaat dalam penyusunan program promosi kesehatan. Klasifikassi ini juga memberikan data yang dapat dianalisis untuk perilaku dan tindakan yang diperlukan untuk mengubah perilaku tersebut. Langkah pertama dalam precede

model adalah mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan dalam hubungannya sebagai faktor pengaruh, pendukung dan pendorong.

Faktor-faktor tersebut dapat berhubungan dengan perilaku individu atau sumberdaya dan faktor lingkungan. Langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah di antara faktor-faktor dalam berbagai kategori tersebut. liii Faktor-faktor tersebut dinilai berdasarkan urutan pengaruh mereka terhadap perilaku kesehatan, kemungkinan untuk diubah dan sumberdaya yang tersedia untuk mengubah perilaku tersebut. Setelah prioritas masalah teridentifikasi dapat ditentukan tujuan program promosi kesehatan yang merupakan petunjuk untuk melakukan penyusunan program. Suharto 1997, menjelaskan bahwa proses perumusan kebijakan sosial dapat dikelompokkan dalam 3 tahap, yaitu: tahap identifikasi, tahap implementasi dan tahap evaluasi. Setiap tahap terdiri dari beberapa tahapan yang saling terkait: Secara garis besar, tahapan perumusan kebijakan dapat adalah sebagai berikut: a. Tahap Identifikasi i.

Identifikasi Masalah dan Kebutuhan: tahap pertama dalam perumusan kebijakan sosial adalah mengumpulkan data mengenai permasalahan social yang dialami masyarakat dan mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan masyarakat yang belum terpenuhi. ii. Analisis Masalah dan Kebutuhan: tahap berikutnya adalah mengolah, memilah dan memilih data mengenai masalah dan kebutuhan masyarakat yang selanjutnya dianalisis dan ditransformasikan ke dalam laporan yang terorganisasi. Informasi yang perlu diketahui antara lain: apa penyebab masalah dan apa kebutuhan masyarakat?

Dampak apa yang mungkin timbul liv apabila masalah tidak dipecahkan dan kebutuhan tidak dipenuhi? Siapa dan kelompok mana yang terkena masalah? iii. Penginformasian Rencana Kebijakan: berdasarkan laporan hasil analisis disusunlah rencana kebijakan. Rencana ini kemudian disampaikan kepada berbagai sub-sistem masyarakat yang terkait dengan isu-isu kebijakan sosial untuk memperoleh masukan dan tanggapan. Rencana ini dapat pula diajukan kepada lembaga-lembaga perwakilan rakyat untuk dibahas dan disetujui. iv. Perumusan Tujuan Kebijakan: setelah mendapat berbagai saran dari masyarakat dilakukanlah berbagai

diskusi dan pembahasan untuk memperoleh alternatif-alternatif kebijakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, Icek. 1988. Attitude, Personality and Behavior, Great Britain : Open University Press
- Arikunto, Suharsimi. 2002. Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta. Rineka Cipta
- Azwar, Saifuddin. 2000. Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta. Pustaka Pelajar
- Fishbein, Martin and Ajzen, Icek. 1975. Belief, Attitude, Intention and Behavior. An Introduction to Theory and Research. Addison Wesley Publishing Company
- Gochman, D, S. 1982. Handbook Of Health Behavior Research. Plenum Press
- Hadi, Sutisno. 1992. Metodologi Riset. Yogyakarta. Penerbit Andi
- https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/modul-1-promosi-kesehatan-kb-3-43684743
- <https://www.bing.com/search?form=MOZLBR&pc=MOZD&q=Kebutuhan+Promosi+kesehatan>
- <https://text-id.123dok.com/document/8yd9rm4jz-analisis-kebutuhan-program-promosi-kesehatan.html>

BAB 4

KOMUNIKASI DAN ADVOKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN

Oleh M. Nur Dewi Kartikasari

4.1 Pendahuluan

Upaya penanggulangan masalah kesehatan yang terjadi di Indonesia tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, namun juga diperlukan dukungan dan keterlibatan seluruh lapisan masyarakat. Hal ini memerlukan komunikasi dan advokasi sebagai langkah dalam penanganan masalah kesehatan. Komunikasi dalam kesehatan pada umumnya melibatkan individu maupun kelompok masyarakat, sedangkan advokasi dalam kesehatan dipusatkan pada para pengambil kebijakan (pemimpin dalam masyarakat). Advokasi dilakukan untuk meningkatkan sumber daya atau mendapatkan penerimaan komitmen politik, dukungan kebijakan dan kepemimpinan sosial dalam upaya pengembangan program-program kesehatan (Mc Kee et al 200b dalam Mc Kee et al 2004, Notoatmodjo 2007). Dalam hal ini, Schiavo (2014) menggunakan istilah advokasi publik (*public advocacy*) sebagai langkah strategi komunikasi untuk mempengaruhi perubahan opini dan sikap publik yang akan berpengaruh terhadap pengambil kebijakan dalam mempromosikan perubahan perilaku, norma-norma sosial, kebijakan, dan alokasi sumber daya agar bermanfaat bagi kelompok masyarakat atau organisasi.

4.2 Pengertian

Komunikasi adalah seni dalam menyampaikan informasi berupa ide, pesan, sikap maupun gagasan dari pemberi informasi untuk membentuk dan mengubah perilaku subjek menuju pemahaman yang diinginkan. Komunikasi dalam promosi kesehatan yaitu bentuk komunikasi yang dilakukan oleh petugas dalam melaksanakan sebuah program kesehatan, misalnya waktu memberikan penyuluhan terhadap individu atau sekelompok

masyarakat. Komunikasi menjadi komponen penting dalam interaksi sosial yang dilakukan untuk memberikan informasi dan pengaruh kepada masyarakat melalui berbagai macam media. Komunikasi yang efektif akan memudahkan seseorang dalam memahami pesan yang disampaikan oleh petugas kesehatan (Handajani, 2016).

Advokasi merupakan strategi pendekatan (*approaches*) kepada orang lain yang dianggap berpengaruh kuat terhadap kesuksesan sebuah program. Target advokasi disini yaitu para pemimpin suatu organisasi atau institusi baik dibawah pemerintah ataupun swasta dan juga organisasi masyarakat. Aspek komunikasi dalam advokasi yaitu salah satu bentuk komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan bagi para pengambil kebijakan (*policy makers*) pada semua lapisan dan tatanan sosial. (Zainal, 2018).

Definisi lain menjelaskan bahwa advokasi yaitu sebuah upaya atau proses untuk mendapatkan komitmen, yang dilakukan secara persuasif dalam memberikan pengaruh terhadap kebijakan publik berdasarkan informasi yang benar dan tepat. Advokasi kesehatan yaitu advokasi yang dilakukan untuk mendapatkan komitmen atau dukungan dalam bidang kesehatan, maupun dukungan terhadap pengembangan lingkungan dan perilaku hidup sehat (Depkes, 2007).

4.3 Tujuan

Tujuan komunikasi ;

Notoatmodjo (2012) menjelaskan pentingnya tujuan dan kegiatan advokasi kesehatan. Advokasi memiliki tujuan berupa *political comitment, policy support, social acceptance and sytem support*.

1. Komitmen Politik (*Political Comitment*) yaitu sejauhmana pemerintah eksekutif maupun legislatif memiliki pemahaman terhadap masalah-masalah kesehatan masyarakat, melalui alokasi anggaran pembangunan lokal maupun nasional untuk pembangunan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh cara pandang dan kepedulian (*concern*) terhadap kesehatan dalam bidang pembangunan. Oleh karena itu untuk meningkatkan

komitmen politik terhadap masalah kesehatan tersebut dibutuhkan advokasi. Komitmen politik dari eksekutif dan legislatif dapat berupa pernyataan secara lisan maupun tulisan tentang dukungan terhadap isu/masalah kesehatan yang terjadi.

2. Dukungan Kebijakan (*Policy Support*) yaitu dukungan nyata yang diberikan oleh para pimpinan institusi pada seluruh elemen dan sektor yang terkait pembangunan kesehatan. Dukungan politik tidak akan berguna tanpa wujud nyata penetapan kebijakan. Setelah terdapat komitmen politik maka diperlukan tindak lanjut melalui advokasi supaya ditetapkan kebijakan yang nyata. Dukungan kebijakan dapat berbentuk undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi pemerintah ataupun swasta dan lain-lain.
3. Dukungan Masyarakat (*Social Acceptance*) yaitu kegiatan penerimaan suatu program di masyarakat. Jika suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan maka dilanjutkan dengan tahapan sosialisasi program dalam mendapatkan dukungan masyarakat.
4. Dukungan Sistem (*System Support*) yaitu dukungan sistem, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas terhadap sebuah program kesehatan agar dapat berjalan dengan baik.

4.4 Strategi

Strategi yaitu suatu pendekatan, teknik dan pesan-pesan yang diinginkan oleh subjek/pelaku untuk mencapai maksud dan tujuan advokasi. Perumusan strategi advokasi dilakukan melalui langkah-langkah inti sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi dan analisis isu advokasi.
2. Melakukan identifikasi dan analisis pemerkasa utama.
3. Melakukan rumusan tujuan yang rasional dan terukur.
4. Melakukan pengembangan pesan-pesan utama advokasi.
5. Melakukan pengembangan strategi meliputi pendekatan, teknik-teknik, pesan-pesan, bahan dan materi.
6. Melakukan pengembangan rencana aksi advokasi.

7. Melakukan perencanaan pengawasan, pemantauan, dan penilaian (Anita B Nurdin, 2008).

4.5 Sasaran dan pelaku advokasi kesehatan

Sasaran advokasi kesehatan yaitu seluruh pihak yang diharapkan dapat mendukung upaya dan program kesehatan khususnya para pengambil keputusan dan kebijakan di lembaga legislatif, mitra pengusaha/swasta, badan penyanggah dana, media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh terkenal dan lain-lain. Sasaran advokasi tersebut tidak hanya memiliki potensi mendukung, namun juga melawan program/upaya yang dapat merugikan kesehatan.

Pelaku advokasi yaitu seseorang yang memiliki kepedulian terhadap upaya kesehatan dan melihat perlunya mitra dalam mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal dari kalangan pemerintah, swasta, akademisi, organisasi profesi, organisasi masyarakat/agama, LSM dan tokoh terkenal yang memiliki pengaruh. Pelaku tersebut diharapkan memiliki pemahaman terhadap masalah kesehatan, mampu melakukan advokasi terutama pendekatan secara persuasif, dapat dipercaya dan dihormati oleh kelompok sasaran (Situngkir, 2020).

4.6 Metode promosi kesehatan berdasarkan teknik komunikasi

Promosi kesehatan yang akan dilakukan memerlukan berbagai metode komunikasi sesuai dengan target/sasaran. Metode yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan, diantaranya :

1. Metode Penyuluhan Langsung.
Metode penyuluhan langsung dilakukan secara langsung dan bertatap muka dengan sasaran, misalnya melalui kunjungan rumah.
2. Metode Penyuluhan Tidak Langsung.
Metode penyuluhan tidak langsung dilakukan oleh para penyuluh atau komunikator kesehatan secara tidak langsung dengan komunikan, namun menggunakan media sebagai

perantara dalam penyampaian pesan. Misalnya melalui publikasi di media cetak atau media massa lainnya. (Wardani, Muyassaroh and Ani, 2016).

4.7 Teknik advokasi

Teknik advokasi yang dilakukan dalam promosi kesehatan, diantaranya :

1. Lobi.

Lobi dilakukan dalam menjelaskan isu pentingnya mewujudkan program kesehatan melalui pertemuan, surat, dan media. Seorang yang menjadi pelobi harus pandai mencari *entrypoint* yang tepat, serta fokus pada inti permasalahan. Kemampuan melobi tergantung pada seni dan kreativitas seseorang, misalnya : melakukan lobi pada waktu rekreasi. Aspek yang perlu disiapkan yaitu data dan argumentasi yang kuat untuk meyakinkan pejabat tentang keseriusan masalah kesehatan yang terjadi dan pentingnya para pemangku kepentingan dalam mewujudkan program kesehatan. Teknik lobi memiliki prinsip *"low profile, high pressure"*.

2. Negosiasi.

Negosiasi dilakukan untuk mencapai kesepakatan. Masing-masing pihak memiliki kepentingan yang sama terhadap upaya mengatasi permasalahan kesehatan, sekaligus menyatukan kepentingan yang berbeda tentang kesehatan sesuai tupoksi. Teknik ini efektif dalam mencapai kesepakatan tentang pentingnya mendukung kebijakan maupun sumber daya dalam mewujudkan program kesehatan. Negosiasi dapat dilakukan melalui kompromi, akomodasi dan kolaborasi.

3. Presentasi.

Teknik presentasi yaitu penyampaian informasi/isu strategis kepada sasaran advokasi dengan mempraktikkan permasalahan, dan menunjukkan rasa kepedulian untuk mengatasi masalah kesehatan.

4. Seminar.

Seminar yaitu pembahasan ilmiah yang biasanya dihadiri oleh 5-30 org, dan dipimpin oleh seorang yang ahli pada bidang yang sedang dibahas. Tujuan dari seminar yaitu untuk mencari

panduan terhadap pemecahan masalah kesehatan tertentu yang disepakati oleh semua peserta. Seminar merupakan teknik yang dapat menyamakan persepsi, menumbuhkan kebersamaan dan memperoleh komitmen dari berbagai pihak. Narasumber merupakan seorang yang ahli menguasai permasalahan, memiliki data yang sah dan akurat serta mampu melakukan presentasi dengan baik dan menarik.

5. Studi Banding.

Studi banding yaitu teknik dengan mengajak sasaran advokasi untuk mengunjungi suatu daerah yang memiliki kondisi kesehatan yang baik maupun kurang baik supaya mereka dapat mempelajari secara langsung permasalahan yang terjadi. Studi banding yang dilakukan sebaiknya dapat memberikan gambaran yang nyata kepada sasaran advokasi.

6. Dialog.

Dialog yaitu salah satu teknik advokasi yang diterapkan untuk membangun opini publik melalui penyampaian informasi di media massa yang dapat menjangkau kelompok sasaran yang lebih luas.

7. Pengembangan Kelompok Peduli.

Teknik ini dilakukan dengan cara menghimpun kekuatan baik individu maupun organisasi dalam suatu jaringan kerjasama untuk memperjuangkan isu yang menjadi topik advokasi. Kelompok ini dinamakan “Koalisi”.

8. Penggunaan Media Massa.

Peranan media massa sangat besar dalam menentukan keberhasilan advokasi baik persepsi dan penyamaan persepsi maupun dalam membangun opini publik.

(Soesilaningtyas and Hadi, 2018)

4.8 Persyaratan advokasi

Syarat advokasi yang dilakukan dalam promosi kesehatan, antara lain :

1. Dipercaya (*Credible*).

Program kesehatan yang ditawarkan tersebut harus dapat meyakinkan para pengambil kebijakan sehingga harus didukung dengan data yang valid dan sumber data yang dapat

dipercaya. Program kesehatan juga harus berdasarkan permasalahan yang utama dan faktual, artinya masalah tersebut benar terjadi di lapangan dan termasuk masalah yang penting untuk segera diatasi.

2. Layak (*Feasible*).

Program kesehatan termasuk program yang bagus dan layak secara teknik, politik maupun ekonomi. Secara teknik artinya program dapat diterapkan dan petugas kesehatan memiliki kemampuan serta tersedia sarana dan prasarana yang mendukung. Secara politis, artinya program tersebut tidak akan memberikan dampak negatif pada masyarakat. Sedangkan secara ekonomi, artinya tersedianya sumber daya yang cukup dan masyarakat memiliki kemampuan membayar jika program pelayanan berbayar.

3. Memenuhi Kebutuhan Masyarakat (*Relevant*).

Program yang ditawarkan memiliki dua kriteria, yaitu memenuhi kebutuhan masyarakat dan mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh masyarakat. Seluruh pejabat di semua sektor menyepakati bahwa tugas mereka yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat untuk mencapai kesejahteraan.

4. Penting (*Urgent*).

Program yang ditawarkan mempunyai urgensi yang tinggi, yaitu harus segera dilaksanakan dan kalau tidak dilaksanakan dapat menyebabkan masalah kesehatan yang lebih besar. Sehingga program tersebut merupakan program yang paling baik di antara alternative program yang lain.

5. Prioritas Tinggi (*High Priority*).

Program yang ditawarkan memiliki prioritas yang tinggi agar para penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut merupakan prioritas sehingga diperlukan analisis yang cermat terhadap masalah inti maupun alternatif pemecahan masalah atau program yang diajukan.

(Anita B Nurdin, 2008)

4.9 Efektivitas pesan advokasi

Efektifitas pesan (*Seven's for effective communication*) advokasi dapat tercapai apabila memenuhi tujuh kriteria berikut :

1. *Command Attention*

Pengembangan suatu isu/ide yang dapat merefleksikan desain suatu pesan. Jika terlalu banyak ide akan membuat bingung para penentu kebijakan sehingga mudah dilupakan.

2. *Clarify the message*

Pembuatan pesan advokasi mudah, sederhana dan jelas. Pesan yang efektif harus memberikan informasi yang relevan dan baru bagi para penentu kebijakan karena jika pesan tersebut diacuhkan oleh mereka, maka secara otomatis pesan tersebut sudah gagal.

3. *Create trust*

Pesan advokasi harus dapat dipercaya berdasarkan data dan fakta yang akurat.

4. *Communicate a benefit*

Upaya advokasi kesehatan yang akan dilaksanakan harus menguntungkan sehingga pengambil kebijakan memiliki motivasi untuk menetapkan kebijakan dan meningkatkan produktivitas kinerja.

5. *Consistency*

Pesan advokasi harus konsisten, yaitu dengan menyampaikan pesan utama secara terus menerus, baik melalui pertemuan langsung ataupun melalui media massa.

6. *Cater to the heart and head*

Pesan advokasi harus dapat menyentuh akal dan perasaan. Komunikasi yang efektif tidak hanya memuat penjelasan teknis, namun harus menyentuh nilai-nilai emosi dan membangkitkan kebutuhan secara nyata.

7. *Call to action*

Pesan advokasi harus dapat mendorong pengambil keputusan/kebijakan untuk bertindak.

(Anita B Nurdin, 2008)

4.9 Langkah-langkah advokasi

Langkah-langkah pokok dalam melakukan advokasi yaitu :

1. Melakukan identifikasi dan analisis masalah yang memerlukan advokasi. Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berdasarkan data atau fakta. Data sangat penting untuk membuat keputusan yang tepat sesuai data/informasi yang benar. Data yang valid akan sangat membantu dalam menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi dan menentukan tujuan yang realistis. Misalnya program paradigma sehat, Indonesia sehat 2010, dan lainnya.
2. Melakukan identifikasi dan analisis kelompok sasaran. Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pengambil keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*) baik di bidang kesehatan maupun di luar kesehatan yang memiliki pengaruh terhadap publik. Dalam melakukan identifikasi sasaran perlu ditetapkan siapa saja yang akan menjadi sasaran, alasan pentingnya diberikan advokasi, apa kecenderungannya dan bagaimana harapan ke depan.
3. Menyiapkan dan mengemas bahan informasi. Tokoh politik mungkin akan memiliki motivasi dan mengambil keputusan apabila mereka mengetahui secara detail dan lengkap besarnya suatu masalah kesehatan tertentu. Data/informasi yang akurat, tepat dan menarik sangat penting diperoleh sehingga sasaran yang akan dituju dapat ditentukan dan diperoleh serta ditetapkan keputusan yang dapat mewakili kepentingan advokator.
4. Merencanakan teknik atau cara kegiatan operasional. Hal ini memiliki pengertian yang sama dengan membangun koalisi. Beberapa teknik atau kegiatan operasional advokasi meliputi konsultasi, pendekatan atau pembicaraan formal dan informal terhadap pembuat keputusan, negosiasi konflik, pertemuan khusus, debat publik, petisi dan seminar kesehatan. Selain itu, kita harus menyiapkan hal-hal teknis untuk mendukung kegiatan advokasi. Misalnya persiapan dana untuk mempertahankan upaya advokasi yang berkelanjutan dalam jangka waktu yang panjang termasuk bahan presentasi yang

persuasif supaya pesan yang disampaikan advokator dapat menarik sasaran.

5. Melaksanakan kegiatan, memantau dan melakukan evaluasi serta tindak lanjut. Evaluasi dilakukan untuk menilai ketercapaian tujuan serta menyempurnakan dan memperbaiki strategi advokasi. Selain itu, diperlukan umpan balik berkelanjutan dan evaluasi terhadap upaya advokasi yang telah dilakukan.

PUSTAKA

- Anita B Nurdin. 2008. *Advocacy Strategy of Health Promotion Program on Public Support and Policy in Donggala Regency Year 2008*. Universitas Hasanuddin.
- Handajani, S.R. 2016. *Komunikasi dalam Praktik Kebidanan*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Situngkir, D. 2020. 'Modul Sesi 7 Strategi Promosi Kesehatan', (Ksm 112), pp. 0–19. Available at: <http://esaunggul.ac.id>.
- Soesilaningtyas and Hadi, S. 2018. *Modul Praktik Promosi Kesehatan*. Surabaya: Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Wardani, N.I., Muyassaroh, Y. and Ani, M. 2016. *Buku Ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*. 1st edn. Edited by T. Ismail. Jakarta: Trans Info Media.
- Zainal, M. 2018. 'Implementasi Advokasi, Komunikasi, Mobilisasi Sosial Dalam Program Pembangunan Bidang Kesehatan', *PERSPEKTIF Komunikasi*, 1(3), pp. 1–10.

BAB 5

KONSEP PEMBERDAYAAN

Oleh Karina Mutia Safera

5.1 Pengertian

Kesehatan Masyarakat merupakan ilmu yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, merawat yang lemah dan dapat memberikan pelayanan kesehatan. Pada praktiknya, kesehatan masyarakat masih menjadi milik sebagian orang yang bekerja di bidang kesehatan yang memiliki legitimasi profesional. Banyak anggapan bahwa seseorang yang bergerak di bidang kesehatan masyarakat hanyalah dokter, petugas kesehatan lingkungan, perawat dan bidan. Tenaga promotor kesehatan masyarakat atau komunikator kesehatan seyogyanya juga menjadi bagian dari tenaga kesehatan masyarakat.

Definisi dari pemberdayaan telah banyak di utarakan oleh para ahli. Menurut Zimmerman and Rappaport, 1988, hal. 725 menjelaskan pemberdayaan merupakan hubungan antara kompetensi pribadi, keinginan dan kemauan untuk mengambil tindakan dalam kegiatan publik. Sedangkan menurut Kari dan Michels, 1991, hal.719 memberi penjelasan terkait pemberdayaan dengan kemampuan untuk bertindak menyelesaikan permasalahan dan memahami isu-isu penting dalam kehidupannya.

Pemberdayaan akan memiliki konotasi yang berbeda-beda tergantung pada perbedaan budaya, sebagai contohnya pemberdayaan perempuan pada negara industri dibandingkan dengan di negara berkembang, hal tersebut akan jelas berbeda karena dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, ekspektasi, kuasa untuk memilih siapa yang akan dinikahi, dimana dan dengan siapa, apa yang dikenakan, bahkan ijin ketika akan meninggalkan rumah.

Permasalahan besar yang sering dihadapi oleh praktisi kesehatan masyarakat dalam pemberdayaan adalah apakah masyarakat yang menjadi sasaran memang ingin diberdayakan atau tidak. Kegiatan pemilihan masyarakat yang menjadi sasaran, proses pemberdayaan dan metode apa yang digunakan biasanya

menjadi tanggung jawab dari praktisi tersebut. Hal tersebut seyogyanya bertentangan dengan pendekatan pemberdayaan dimana masalah yang akan menjadi fokus untuk dicari solusi merupakan tanggung jawab masyarakat sendiri dan bukan pihak luar seperti praktisi. Beberapa masyarakat yang mungkin tidak ingin diberdayakan biasanya mereka hidup dalam keadaan tertindas atau tidak berdaya, bahkan mungkin mereka tidak memiliki sikap atau tidak memiliki motivasi untuk memberdayakan diri. Mereka tidak ingin bertanggung jawab atas keputusan mereka dan tidak ingin menyesal atas penilaian yang salah dan ingin 'mendelegasikan' jenis wewenang kepada profesional kesehatan yang sudah mereka percayai dan siapa yang mereka sudah anggap memiliki 'keahlian'. Sebagai contoh kegiatan imunisasi anak, mungkin anak tidak memiliki kemampuan untuk mengorganisir dan memobilisasi diri menuju pemberdayaan oleh karena itu dibutuhkan pengasuh yang memiliki keinginan untuk kegiatan imunisasi.

Lalu timbul pertanyaan, apakah seseorang memiliki hak untuk tidak diberdayakan? Mengingat kembali terkait konsep kekuasaan yakni kekuasaan tidak dapat di alihkan kepada seseorang yang lain namun harus diperoleh atau direbut sendiri. Hal tersebut merupakan hak atau pilihan yang pada dasarnya terletak pada individu serta peran dari praktisi untuk mendorong masyarakat mengambil tanggung jawab yang lebih besar. Bagi sebagian masyarakat yang menolak untuk bertanggung jawab maka praktisi kesehatan diharuskan ikut campur dan dapat menggunakan cara lain seperti kebijakan dan undang-undang guna memastikan kesejahteraan masyarakat.

Sebagai praktisi kesehatan yang bergerak dibidang pemberdayaan harus dapat menerapkan sifat fleksibilitas ketika melakukan pendekatan ke masyarakat yang tidak memiliki kemampuan dan kompetensi yang mungkin dapat di kembangkan. Sebagai contoh, ketika melaksanakan program kesehatan masyarakat, praktisi mungkin tidak dilibatkan dalam konsultasi dengan masyarakat atau dengan staf yang bertanggung jawab atas perencanaan dengan alasan untuk memastikan intervensi program dalam kondisi, tempat dan waktu yang tepat sesuai dengan perencanaan.

5.2 Pemberdayaan dalam Program Kesehatan Masyarakat

Kesehatan Masyarakat merupakan aktifitas yang berfokus pada intervensi, proyek atau program. *Logical Framework Analysis (LFA)* yang diinisiasi tahun 1960an telah diadaptasi ke banyak program kesehatan dengan tujuan mendesain program, memonitoring dan mengevaluasi program. Kelebihan penggunaan *framework* tersebut yakni desain memiliki validitas yang baik, telah banyak diterapkan sebagai alat untuk program manajemen dan evaluasi, menyediakan pendekatan yang sistematis untuk strategi perencanaan. Sedangkan kelemahan dari LFA adalah sifatnya yang etnosentris. Model memiliki pendekatan kebarat-baratan namun sering di gunakan pada konteks non-Barat.

Logical Framework Analysis memiliki matriks 4x3. Bagian sebelah kiri merupakan yang terlebar dan berisi jenis-jenis program dan output serta input yang dibutuhkan guna mencapai tujuan program. Bagian atas terdapat 3 kolom yang berisi indikator progres, bagaimana indikator di ukur dan dinilai resikonya. Konsep dasar dari kerangka ini yakni tujuan pernyataan yang jelas, mengidentifikasi indikator perkembangan dengan tepat dan penilaian resiko yang utama serta asumsi terhadap keberhasilan program.

Permasalahan kesehatan masyarakat dapat diuraikan dengan pendekatan: '*Top-Down*' dan '*Bottom-Up*'. *Top-Down* berarti permasalahan diidentifikasi oleh struktur paling atas (*stakeholder*) lalu baru di lihat kondisi masyarakatnya dan dikomunikasikan ke masyarakat, sedangkan *bottom-up* kebalikannya yakni masyarakat mengetahui permasalahannya sendiri lalu di usulkan ke struktur paling atas yakni *stakeholder*.

Pemberdayaan dalam kesehatan masyarakat diartikan sebagai proses untuk memperoleh hak dan sumber daya yang dapat mempengaruhi kehidupan mereka terutamanya dalam bidang kesehatan. Deklarasi Alma Ata yang diadakan tahun 1978 tidak menggunakan istilah pemberdayaan namun lebih sering menggunakan istilah keterlibatan individu atau masyarakat. Konsep dari partisipasi masyarakat akan sangat menguntungkan mereka ketika mereka ikut ke dalam seluruh rangkaian proses

program kesehatan. Hal tersebut berarti bahwa masyarakat diijinkan untuk mengungkapkan apa yang mereka ketahui dan perlu dimasukkan ke dalam program yang nantinya mereka dapat lebih banyak mengendalikan keputusan mereka.

5.3 Kekuatan Praktisi Kesehatan

Kekuatan biasa diartikan sebagai seseorang yang memiliki kekuasaan atas orang lain dan sering kali dapat meramal kondisi hidup orang lain. Organisasi sosial dan komunitas memiliki istilah tersendiri dari kata 'kekuatan'. Menurut Bertram Raen dan Tchia Litman-Adzes (1986) praktisi kesehatan memiliki tanggung jawab atas masyarakat sasaran mereka untuk mengubah keyakinan, sikap, dan perilaku mereka. Berikut 6 dasar dari kekuatan sosial (hubungan antara orang-orang dimana orang yang berkuasa memiliki kekuasaan atas orang lain):

- Pemaksaan: Praktisi kesehatan memberikan konsekuensi negatif atau hukuman ketika masyarakat sasaran mereka tidak patuh.
- Penghargaan: Praktisi kesehatan memberikan konsekuensi positif atau hadiah ketika masyarakat mereka patuh. Antara pemaksaan dan penghargaan tergantung pada kemampuan praktisi dan kesiapan untuk menengahi konsekuensi yang tepat untuk masyarakat
- Legitimasi: Kekuasaan yang sah berasal dari masyarakat yang menerima hubungan sosial dengan praktisi, hubungan struktural yang memberinya hak untuk memahami perilaku masyarakat, sementara masyarakat menerima kewajiban untuk mematuhi sesuai dengan arahan dari praktisi.
- Keahlian (Kekuasaan para ahli): masyarakat yang menghubungkan pengetahuan dan kemampuan mereka kepada praktisi, sebagai contohnya istilah 'Dokter' yang dapat menggambarkan hubungan kekuatan ahli antara pasien dan dokter.
- Referensi: Kekuatan ini berasal dari identifikasi masyarakat dengan praktisi, memiliki kesamaan dan kepentingan bersama. masyarakat mendapatkan kepuasan dari percaya dan patuh

atas apa yang mereka tekuni dalam keyakinan, sikap, dan perilaku praktisi.

- Informasi: Kekuatan informasi didasarkan pada informasi eksplisit yang dikomunikasikan kepada masyarakat dari praktisi. Komunikasi ini berbentuk persuasif yang dapat meyakinkan masyarakat bahwa perilaku yang disarankan memang untuk kepentingan masyarakat.

5.4 Sasaran dalam Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Pada bidang kesehatan, pemberdayaan memiliki batasan guna meningkatkan kesadaran hingga meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Dalam batasan tersebut, tujuan pemberdayaan yakni:

- Adanya kesadaran bagi individu, kelompok atau masyarakat terkait kesehatan dengan adanya informasi kesehatan
- Adanya kemauan untuk melakukan suatu tindakan serta adanya sarana dan prasarana yang menunjang
- Adanya kemampuan dari masyarakat untuk mewujudkan kemauan memilih hidup sehat.

Konsep dari pemberdayaan dapat mempertimbangkan 2 (dua) level berbeda yakni individu, organisasi atau komunitas.

A. Pemberdayaan Individu

Pemberdayaan dalam tingkat individu berarti membantu mereka untuk dapat berperan aktif dan tertarik dalam kegiatan sosial maupun grup. Pemberdayaan ini memberikan pengenalan terhadap *self-confidence* (kepercayaan diri) dan *self-esteem* (harga diri) sebagai pembentukan kekuatan di dalam diri individu tersebut. Sebagai praktisi kesehatan yang memiliki fokus memberdayakan setiap individu harus memiliki strategi agar setiap individu memiliki perasaan berharga dan dapat menjadi komunikator yang meyakinkan mereka untuk memiliki keberanian. Berikut kunci seorang praktisi dapat sukses dalam melakukan pemberdayaan individu:

1. Praktisi menjadi komunikator yang lebih efektif

Strategi yang sering digunakan oleh praktisi kesehatan yakni dengan media pengajaran, penyebaran informasi kesehatan, maupun komunikasi informasi dan edukasi (KIE) untuk menyampaikan pesan kesehatan ke masyarakat. Selain itu, komunikasi juga digunakan sebagai advokasi maupun mediasi diantara seseorang yang berselisih. Edukasi kesehatan bertujuan untuk memberi pengetahuan terhadap individu agar dapat membuat keputusan sendiri atas pilihan gaya hidup yang sehat. Komunikasi ini dapat membantu setiap individu untuk memperoleh kekuatan dengan menyediakan:

- Peningkatan pengetahuan dan keahlian dalam kesehatan
- Informasi yang dapat membuat mereka memutuskan pilihan kesehatannya, sebagai contoh manfaat dari vaksin atau pemberian ASI eksklusif
- Peningkatan pengenalan diri terkait apa yang membuat mereka tidak memiliki kekuatan, sebagai contoh pendapatan yang rendah

Selain itu, strategi yang sering berhasil yakni dengan komunikasi antar wajah (face-to-face) antara praktisi dengan masyarakat. Dialog yang bisa dibangun yakni seputar membagi pengetahuan dan pengalaman dengan komunikasi dua arah. Komunikasi non-verbal juga menyediakan beragam informasi seperti gerakan tubuh, postur, dan ekspresi wajah. Untuk melakukan komunikasi tersebut setidaknya praktisi kesehatan melakukan pendekatan **GATHER** (Hubley, 1993):

- **G (*Greet the clients*)**: Sambut masyarakat, membuat mereka nyaman, tunjukkan rasa hormat, percaya dan empati.
- **A (*Ask Them about their problem*)**: Tanyakan apa yang sedang menjadi masalah. Bantu mereka untuk berbicara secara tulus mengenai masalah yang sedang mereka alami, dengarkan dan dorong serta beri umpan balik (*feedback*).
- **T (*Tell them any information*)**: Beri tahu mereka terkait informasi yang relevan. Sediakan informasi

teknis tentang isu kesehatan mereka, gunakan bahasa yang mudah dipahami.

- **H (*Help them to make decisions*)**: Bantu mereka untuk membuat keputusan mereka sendiri dengan mengeksplor pandangan mereka terhadap kondisi tertentu dan dengan membangun perencanaan aksi untuk solusi mereka.
- **E (*Explain misunderstanding*)**: Jelaskan terkait berbagai kesalahpahaman. Tanyakan apakah ada pertanyaan dan memperjelas setiap isu yang menjadi permasalahan.
- **R (*Return to follow-up*)**: Kembali untuk mengecek kondisi mereka, membuat janji ulang untuk memastikan bahwa mereka paham atas isu kesehatan mereka dan telah melakukan solusi yang telah mereka buat.

2. Meningkatkan kesadaran diri dari masyarakat

Membantu setiap individu untuk mendapatkan kekuatan yang pada akhirnya membuat mereka memiliki pilihan atas gaya hidup yang lebih sehat. Hal yang terpenting dari kesadaran individu adalah untuk merefleksikan asumsi-asumsi terkait keadaan kesehatan dan pada tindakan untuk memperoleh perilaku alternatif atau gaya hidup.

3. Membina hubungan profesional dengan masyarakat

B. Pemberdayaan Organisasi atau Pemberdayaan Komunitas

Haynes dan Singh (1993) memiliki pemikiran bahwa “pemberdayaan keluarga” yang merupakan unit sosial dalam komunitas yang dapat mengorganisir diri mereka ke dalam ‘kelompok advokasi’ untuk membantu mereka mendapatkan kekuasaan. Kebijakan yang ada saat ini sering kali tidak melibatkan masyarakat dalam proses perencanaannya yang berdampak masyarakat enggan untuk terlibat dan menjaga program tetap bertahan. Oleh sebab itu, pentingnya melibatkan masyarakat untuk menemukan permasalahannya dan di pandu untuk memutuskan solusi dan programnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Haynes, A. W. and Singh, R. N. 1993. 'Helping families in developing countries: a model based on family empowerment and social justice'. *Social Development Issues*, 15(1): 27–37.
- Hubley, J. 1993. *Communicating Health: An Action Guide to Health Education and Health Promotion*. London: MacMillan.
- Kari, N. and Michels, P. 1991. 'The Lazarus programme: the politics of empowerment'. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45: 719–25
- Laverack, G. 2005. Public Health – Power, Empowerment and Professional Practice, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Milan: PALGRAVE MACMILAN
- Notoatmodjo. 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tobing, D.H. *et al.* 2017. 'Bahan Ajar: Pelayanan Komunitas', in. Bali: Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- World Health Organisation. 1986. 'Ottawa Charter for Health Promotion'. Geneva: WHO.
- Zimmerman, M. A. and Rappaport, J. 1988. 'Citizen participation, perceived control and psychological empowerment'. *American Journal of Community Psychology*, 16(5): 725–43

BAB 6

PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN INDIVIDU, KELUARGA DAN MASYARAKAT

Oleh Maisyarah. M

6.1 Pendahuluan

Pada awalnya pendidikan kesehatan, namun setelah dilakukan revitalisasi barulah muncul istilah promosi kesehatan, secara konsepnya promosi kesehatan itu sendiri merupakan upaya peningkatan pengetahuan masyarakat termasuk upaya menyadarkan masyarakat tentang pentingnya nilai-nilai kesehatan untuk kehidupan masyarakat baik personal, keluarga masyarakat pada umumnya. Promosi kesehatan juga merupakan usaha untuk mendukung masyarakat melakukan perubahan perilaku melalui program-program kesehatan yang khusus didesain untuk memperbaiki perilaku secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai visi dan misi serta tujuan dari promosi kesehatan yaitu memampukan, menyadarkan, meningkatkan kemauan dan kemandirian masyarakat untuk meningkatkan kesehatannya. (Hulu *et al.*, 2020)

Menurut WHO memberi pengertian bahwa promosi kesehatan merupakan suatu dapat dijadikan sebagai kontrol terhadap upaya perbaikan keadaan kesehatan masyarakat. Menurut Permenkes No.74 tahun 2015 yaitu adanya peraturan upaya Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit melalui promosi kesehatan merupakan suatu proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal. (Permenkes RI. 2015).

Salah satu strategi promosi kesehatan adalah upaya meningkatkan derajat kesehatan dengan melakukan pemberdayaan masyarakat sehingga mampu menjadi kontrol dalam upaya peningkatan derajat kesehatan secara optimal masyarakat diharapkan mampu mengetahui apa yang dibutuhkan dalam mewujudkan kesehatan yang paripurna yaitu dengan mengubah perilaku hidup bersih dan sehat, pemeliharaan lingkungan fisik, lingkungan social mental dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dengan maksimal.(Notoadmodjo, 2012)

Dengan melakukan promosi kesehatan yang persuasif/sifatnya mengajak akan lebih mudah dipahami oleh masyarakat dalam meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menjaga kesehatan. Misalnya pasca vaksinasi Covid-19 sangat diperlukan promosi kesehatan supaya masyarakat menerima vaksin dan tetap disiplin menjaga kesehatan dengan menerapkan protocol kesehatan. (Hidayat *et al.*, 2021) Ada pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan seorang ibu terhadap pemanfaat Posyandu(Moningka, Lontaan and Dompas, 2013)

6.2 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Individu.

Dalam upaya pencegahan penyakit dan kesakitan serta mengendalikan faktor risiko maka perlu dilakukan upaya pencegahan sebelum terjadinya sakit, dengan sasarannya individu yang masih sehat untuk meningkat derajat kesehatannya melalui promosi kesehatan (*Health Promotion*) dan adanya upaya perlindungan khusus untuk pencegahan penyakit tertentu (*specific protection*) yang bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan melalui interaksi manusia dengan manusia dari lingkungan ke manusia, dan penyebab munculnya penyakit. Pencegahan perlu dilakukan mulai dari tingkat awal yaitu upaya kesehatan primer (*primer Prevettion*), upaya pencegahan sekunder (*secondary preventin*) dan upaya pencegahan tersier.

Hambat dalam berkomunikasi dalam kesehatan adalah bagaimana upaya mengikut sertakan pelayanan primer untuk keberhasilan promosi kesehatan yang dilakukan oleh petugas.

Seorang dokter harus mampu berkomunikasi dengan baik dengan pasiennya karena dalam mengatasi permasalahan komunikasi mempunyai peran penting, terutama pada saat pasien konsultasi terkait apa keluhan yang dirasakan olehnya dan seorang dokter harus mampu berkomunikasi yang baik dan jelas. (Menawati and Kurniawan, 2015) (*teritary Prevention*). Dari ke tiga upaya pencegahan ini terutama untuk kesehatan individu dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pencegahan primer upaya dilakukan oleh individu sebelum masa sakit, mencakup :
 - 1) Promosi kesehatan (*health promotion*) bertujuan untuk meningkatkan kondisi kesehatan dalam menghadapi masalah kesehatan.
 - 2) Perlindungan khusus (*specific protection*) upaya khusus untuk pencegahan penularan penyakit, dapat diproteksi dengan pemberian imunisasi pada penyakit tertentu, memberikan edukasi kepada remaja terkait dengan upaya mencegah dan himbauan untuk tidak mengkonsumsi narkoba serta pengendalian stres
2. Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit meliputi hal-hal berikut :
 - 1) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), bertujuan untuk mencegah perkembangan penyakit dan penularan maka perlu dilakukan diagnosa sejak awal sehingga dapat diberikan tindakan pengobatan segera dan tepat untuk upusys menyembuhkan dari sakit.
 - 2) Pembatasan kecacatan (*disability limitation*) mengurangi kecacatan akibat penyakit dan tidak berkelanjutan yang mengarah pada kecacat permanen sehingga berdampak buruk pada individu yang terkena penyakit.
3. Pencegahan tersier (*rehabilitasi*) yaitu usaha yang dilakukan akibat dari penyakit yang diderita seperti adanya kecacatan tidak menjadi penghambat dalam menjalankan aktifitas dan berfungsi secara maksimal secara fisik, mental dan social.

Metode dalam promosi kesehatan individu dalam pembinaan perubahan perilaku kearah dan sudah mulai ada

ketertarikan pada perilaku baru. Contohnya ibu yang tidak mau membawa anaknya keposyandu setelah diberikan edukasi dan pendekatan secara individu dengan memberikan informasi tentang pentingnya membawa anaknya keposyandu untuk pemantauan tumbuh kembang. Perlunya pendekatan dalam masalah ini sebab masing-masing individu atau pribadi punya alasan yang tidak sama, berkaitan dengan penerimaan perilaku baru tersebut. Dalam hal ini peran petugas sangat dibutuhkan untuk membantu dengan metode yang digunakan sebagai berikut:

1) Penyuluhan kesehatan dan bimbingan (*guidance and counseling*) yaitu adanya hubungan antara petugas dengan klien untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya. Setiap orang diketahui lebih dalam membantu untuk penyelesaian masalahnya. Sehingga klien dengan kemauan sendiri karena kesadaran sendiri, dengan mudah menerima dan merubah perilakunya.

2) Wawancara (*interview*) melakukan wawancara petugas kesehatan dengan klien dalam mengali permasalahan dengan menanyakan alasan kenapa belum mau merubah perilakunya kemudian petugas memberikan penyuluhan dan bimbingan untuk memberikan informasi tentang kesehatan.

Metode promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan individu merupakan cara komunikasi langsung dengan sasaran, atau lewat media, cara ini sangat efektif karena dapat saling berdialog antara petugas dengan kliennya saling memberi respon/tanggapan, pada metode ini lebih dikenal dengan konseling. Berdasarkan strategi promosi kesehatan diatas, maka kategori metode promosi kesehatan dapat dibagi dua yaitu:

(1) Setiap petugas kesehatan memberikan pelayanan kepada pasien maupun individu sehat seperti dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, petugas laboratorium harus melakukan promosi kesehatan, tetapi strategi promosi kesehatan lebih kepada pemberdayaan yaitu upaya memfasilitasi individu sehingga mempunyai kemauan dan kemampuan karena telah memiliki pengetahuan dalam pencegahan dan mengatasi masalah kesehatan. (*to facilitate problem solving*), melalui penerapan berperilaku lebih sehat, bersih dengan istilah lainnya PHBS.

- (2) Memberikan pelayanan informasi atau konsultasi kepada klien. Seperti di Puskesmas bukan hanya memberikan pelayanan yang bersifat penunjang medis tetapi juga memberikan informasi yang ada kaitannya dengan pelayanan yang diterima oleh pasien/klien, jika individu sehat membutuhkan informasi yang jelas tentang pelayanan kesehatan maka petugas harus memberikan informasi yang akurat. Namun sebaliknya jika ada diantara pasien hanya diam tanpa bertanya petugas harus menanyakan kembali apakah klien/individu sudah memahami atau belum paham sama sekali, ini merupakan tantangan awal dimana pada waktu meyakinkan individu/seseorang.

Ada kendala dalam pelaksanaan promosi kesehatan secara individu ada individu yang sudah mau melakukan perubahan perilaku namun belum mampu untuk melaksanakan sebab dana/biaya(biasanya pada ekonomi lemah) kondisi ini harus difasilitasi untuk membantu sesuai dengan apa yang di perlukan namun ada juga yang sudah mampu tetapi tidak mau melaksanakan karena malas, untuk mengatasi kondisi seperti ini maka dibutuhkan stimulus dengan memberikan reward dan jika tidak mau melaksanakan akan diberikan sanksi.

- (3) Petugas promosi kesehatan

Pelaksana promosi kesehatan bisa membantu dalam menyelenggarakan pemberdayaan kepada masyarakat, yaitu dengan:

- a. Menyiapkan media yang diguna oleh petugas kesehatan dalam kegiatan pemberdayaan.
- b. Melaksanaan bina suasana kepada individu yang sedang menghadapi masalah kesehatan se baik secara maupun melalui mitra atau pihak-pihak lain.
- c. Melaksanakan strategi promosi kesehatan seperti advokasi, kemitraan, bina suasana untuk upaya mendukung pengambil keputusan termasuk sasaran tersier.

Tiga strategi promosi kesehatan yang dilakukan pada masyarakat yaitu advokasi, pemberdayaan masyarakat dan bina suasana ada hubungan terhadap peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat. (Rezeki and Mulyadi, 2013)

Pelaksanaan implementasi kebijakan promosi kesehatan yang dilakukan sudah terlaksana dengan baik sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas Namun masih kurang optimal dalam memotivasi masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat yang dapat dilihat pada tabel dalam pembahasan dari hasil pengkajian perilaku hidup bersih dan sehat yang dilakukan puskesmas. (Indah Pratiwi Wibawati, Soesilo Zauhar, 2014)

6.3 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga

Hubungan pertalian darah, adopsi, perwalian, atau karena ada hubungan pernikahan disebut keluarga, dalam makna lain keluarga secara biologis adanya kesamaan jaringan biologis genetik di antara manusia, kemudian secara sosiologi keluarga merupakan sekelompok individu yang hidup bersama dan adanya ikatan emosional yang sama dan kuat secara psikologis. (Mubarak *et al.*, 2022)

Bagian dari masyarakat secara mendasar bagi kehidupan masyarakat merupakan keluarga. Dalam keluarga seorang anak harus dipenuhi segala bentuk kebutuhan baik kebutuhan jasmani, rohani dan kehidupan lingkungan sosial, supaya sang anak bias tumbuh dan berkembang sesuai dengan perkembangan usianya, termasuk pendidikan yang layak, memperkenalkan norma-norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat setempat sehingga mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya, sedangkan fungsi dari keluarga sebagai bentuk perantara sosialisasi melalui interaksi dalam keluarga sehingga anak mempelajari pola tingkah laku dalam keluarganya, sikap, keyakinan, budaya, cita-cita dan nilai-nilai dalam masyarakat untuk perkembangan kepribadian atau pembentukan karakter anak.

Promosi kesehatan Keluarga merupakan bentuk perawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*) yang dilakukan dimasyarakat Keluarga sebagai sasaran promosi kesehatan yang dimaksudkan ada 2 atau lebih dari dua individu yang bergabung karena ada hubungan darah, hubungan pernikahan atau karena ada adopsi dalam satu rumah tangga dan dapat berinteraksi antara satu sama lainnya sesuai dengan peran masing-masing dalam menciptakan dan mempertahankan budaya dalam keluarga.

Jika ada bagian dari keluarga yang memiliki permasalahan kesehatan maka dilakukan perawatan untuk anggota keluarga. Yang menjadi titik perhatian pemeliharaan kesehatan anggota keluarga tersebut seperti keluarga dengan ibu hamil yang berisiko tinggi, bapak dengan penyakit menular contohnya TB Paru, Hepatitis, keluarga dengan anak gangguan mental.

Pelayanan kesehatan keluarga yaitu:

- a. Anggota keluarga saling membutuhkan antara satu sama lainnya jika salah satu anggota keluarga mendapatkan masalah kesehatan akan berpengaruh kepada anggota keluarga yang lainnya.
- b. Untuk pemeliharaan kesehatan dalam keluarga semua peran anggota keluarga sangat dibutuhkan.
- c. Untuk menentukan derajat kesehatan keluarga sangat erat hubungannya dengan upaya promosi kesehatan dalam keluarga tersebut.
- d. Anggota keluarga yang mendapatkan pelayanan kesehatan karena kondisi sakit, terutama dalam pelayanan pengobatan, pengawasan kesehatan keluarga.

Dengan kata lain keluarga mempunyai peranan penting dalam melakukan promosi kesehatan di dalam keluarga. Seperti, gaya hidup bersih dan sehat (PHBS), stop merokok, aktivitas fisik/olahraga, imunisasi dan lain-lain. Setiap keluarga mempunyai nilai tersendiri di lingkungannya setiap anggota keluarga. Promosi kesehatan harus dapat menyesuaikan diri dengan aturan meliputi 5 aspek yaitu

- a. kebijakan berwawasan kesehatan (*Health Public Policy*),
- b. lingkungan yang mendukung (*Supportive environment*),
- c. reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient health service*),

- d. keterampilan individu (*Personal Skill*)
- e. gerakan masyarakat (*Community action*).

6.4 Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat biasanya penyelenggaraan dalam sebuah organisasi dengan melibatkan masyarakat yang mempunyai potensi untuk semua masyarakat. Dengan melakukan upaya promotif dan preventif yang bersifat terintegrasi, menyeluruh, berkesinambungan, berjenjang, professional, berkualitas dengan tidak mengabaikan kaidah/aturan ilmiah, norma, budaya, moral dan etika pofesi

Munculnya permasalahan kesehaatan dipicu oleh tiga faktor yang sekaligus muncul antara lain:

- (1) Munculnya *Agent*
- (2) Lingkungan yang tidak seimbang sehingga mendukung *Agent*
- (3) Perilaku masyarakat yang tidak sehat/ *Host*

Promosi kesehatan sangat erat kaitannya dengan perubahan perilaku yaitu dengan mempengaruhi masyarakat, baik individu, kelompok supaya mau berperilaku hidup lebih sehat. Sebab perubahan perilaku ada peran promosi kesehatan, untuk mengubah bukan hanya sekedar diberikan informarmasi untuk pengetahuan dan pemahaman, tetapi harus ada sarana prasarana yang mendukung (*enabling factors*) adanya motivasi dari luar yang memperkuat perubahan perilaku (*reinforcing factors*) (Green, 1980). Maka dari itu pentingnya dipahami ruang lingkup sasaran dari promosi promosi kesehatan masyarakat anantara lain:

1. Promosi kesehatan meliputi:
 - a. Adanya kebijakan yang berwawasan kesehatan dalam pembangunan
 - b. Adanya kemitraan kerjasama dengan yang mendukung
 - d. Meningkatkan kegiatan masyarakat dalam bidang kesehatan
 - e. Memperkuat kemampuan individu
 - f. Mengutamakan pelayanan kesehatan berbasis pada pemberdayaan masyarakat

2. Sasaran promosi kesehatan

a. Sasaran primer

Sasaran primer merupakan sasaran utama untuk dirubah perilakunya, pada umumnya mempunyai karakter yang berbeda (*heterogen*) minsalnya kelompok masyarakat yang menjadi sasaran utama dari pelaksanaan promosi kesehatan minsalnya, kelompok masyarakat berdasarkan umur (bayi, balita, anak, Remaja, dewasa dan Lansia), kelompok masyarakat berdasarkan tempat kerja termasuk kelompok rentan.

b. Sasaran sekunder

Tokoh masyarakat yang dapat dijadikan sasaran skunder baik informasl maupun formal dapat berperan sebagai perantara yang baik dalam pelaksanaan promosi kesehatan terhadap sasaran utama (primer) dengan memberikan pesan/informasi kesehatan untuk masyarakat, selain itu juga tokoh masyarakat dapat jadi *role of model* dan dapat memberi contoh bagi masyarakat dalam berperilaku hidup sehat bagi masyarakat sekitarnya.

c. Sasaran tersier

Masyarakat membutuhkan faktor pemungkin (*enabling factor*) untuk berperilaku sehat, adanya dukungan sarana dan prasarana untuk terlaksananya perilaku sehat. Namun ketidak mampuan masyarakat dalam pengadaan saran prasarana kerab sekali masyarakat itu sendiri yang belum memiliki kemampuan. Makanya penting sokongan dari para pengambil kebijakan mulai di tingkat paling bawah minsalnya kelurah, kecamat, bupati/walikota atau pejabat pemerintah setempat.

Dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan para pengambil keputusan dapat menjadi sasaran tertier untuk memberikan dukungan baik dari materil dan moril terutama para pejabat daerah minsal adanya sokongan dana kegiatan melalui APBD. Bahkan pelaksanaan promosi kesehatan di daerah dapat dijadikan agenda politik. Peran pemerintah dalam kesehatan masyarakat terutama yang berkaitan dengan usaha-usaha preventif yang harus menjadi titik perhatian adalah:

1. Perlunya Pendidikan kesehatan bagi masyarakat (*Health Education*)
2. Upaya perbaikan gizi masyarakat melalui program ketahanan pangan keluarga.
3. Perbaikan sanitasi lingkungan yang sehat
4. meningkatkan Kesejahteraan ibu dan anak
5. Upaya kesehatan sekolah
6. Perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*)
7. Upaya pengobatan/ Kuratif untuk penyembuhan.
8. Penanggulangan penyakit *endemis* dan *epidemis*
9. Statistika kesehatan masyarakat salah satu tujuan dari promosi kesehatan, yaitu agar masyarakat mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri,

Penyelenggaraan promosi kesehatan dilaksanakan dengan mengkolaborasikan berbagai macam strategi yang bukan hanya melibatkan sektor kesehatan, tetapi melakukan koordinasi dan kerjasama dengan segenap elemen masyarakat. berdasarkan pemikiran dimana promosi kesehatan secara filosofi adalah adanya keterlibatan pihak lain dalam program promosi kesehatan melalui kerjasama lintas sektor, dengan berbagai unsur dan profesi dalam masyarakat, seperti praktis medis, psikolog, media massa, serta para pemangku kebijakan, melalui praktisi kesehatan dapat membantu masyarakat dalam pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang pola hidup sehat dan pemantauan adanya resiko kesehatan, para ahli psikolog dalam promosi kesehatan membantu masyarakat dalam bentuk pelaksanaan perilaku sehat yaitu dengan perubahan kebiasaan yang tidak praktiknya perilaku sehat dan mengubah kebiasaan yang buruk. Melalui media massa informasi dapat disebarkan kepada masyarakat terkait dengan perilakuk kesehatan seperti stop rokok, bebas alkohol dan pola makan yang sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, M. *et al.* 2021. 'Peran Promosi Kesehatan Dalam Edukasi Tenaga Kesehatan Di Masa Pasca Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Tanah Laut', *Jurnal Sains Sosio Humaniora*, 5(1), pp. 339–345. Available at: <https://doi.org/10.22437/jssh.v5i1.14146>.
- Hulu, V.T. *et al.* 2020. *Promosi Kesehatan Masyarakat, Yayasan Kita Menulis*.
- Indah Pratiwi Wibawati, Soesilo Zauhar, R. 2014. 'Implementasi Kebijakan Promosi Kesehatan (Studi Pada Pusat Kesehatan Masyarakat Dinoyo, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang)', *Jurnal Administrasi Publik Mahasiswa Universitas Brawijaya*, 2(11), pp. 1–5.
- Menawati, T. and Kurniawan, H. 2015. 'Pentingnya Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer', *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(2), pp. 120–124.
- Moningka, M.S., Lontaan, A. and Dompas, R. 2013. '92162-ID-pengaruh-promosi-kesehatan-tentang-posya', (1).
- Mubarak *et al.* 2022. *Statistik Kesehatan, Teori Keperawatan Komunitas*. Available at: <https://kitamenulis.id/2022/01/22/teori-keperawatan-komunitas/>.
- Notoadmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan, Jakarta: EGC*.
- Rezeki, S. and Mulyadi, A. 2013. 'Strategi promosi kesehatan terhadap peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat individu pada masyarakat perkebunan di wilayah puskesmas sei kijang kabupaten pelalawan', *Ilmu Lingkungan*, 7(1), pp. 38–48.

BAB 7

PENDIDIKAN KESEHATAN SEBAGAI UPAYA PROMOSI KESEHATAN

Oleh Susilo Wirawan

7.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Setiap program kesehatan dikembangkan dengan tujuan untuk memecahkan masalah kesehatan. Masalah kesehatan ini timbul bukan saja karena kuman penyakit namun juga karena perilaku manusia. Oleh karena itu program penanggulangan masalah kesehatan harus mencakup aspek medis teknis yang melakukan penanganan epidemiologis. Mengingat hal tersebut maka penyuluhan kesehatan masyarakat merupakan bagian yang tak terpisahkan dari sektor program. Setiap petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan masyarakat mempunyai tugas penyuluhan. Untuk melaksanakan fungsinya dengan baik setiap tenaga kesehatan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang teknis serta di bidang pelayanan. (Syafurudin, 2009)

Kementerian Kesehatan RI mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses pemberdayaan atau pemandirian masyarakat untuk memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan sehat. Promosi kesehatan dipandang sebagai kombinasi dari kegiatan pendidikan kesehatan dan penerapan kebijakan publik yang sehat. Pendidikan kesehatan berfokus pada pembangunan kapasitas individu (*building individuals' capacities*) melalui pendidikan, teknik motivasi, pembangunan keterampilan, dan peningkatan kesadaran (*consciousness-raising*). Kebijakan publik yang sehat menyediakan dukungan lingkungan (*environmental support*) yang akan mendorong dan meningkatkan perubahan perilaku (*behaviour change*). (Sutisna, 2021)

Istilah promosi kesehatan (*health promotion*) dan pendidikan kesehatan (*health education*) sering dianggap sama dan

digunakan secara bergantian, namun sebenarnya kedua istilah tersebut merupakan dua konsep yang berbeda. (Whitehead 2008, dalam Raingruber 2014) menekankan bahwa konsep promosi kesehatan berfokus pada aspek sosio ekonomi dan lingkungan dari determinan kesehatan dan melibatkan aspek partisipatif, sedangkan pendidikan kesehatan merupakan salah satu konsep yang lebih sempit dan merupakan bagian dari promosi kesehatan. Lebih lanjut, Raingruber (2014) juga menekankan bahwa pendidikan kesehatan merupakan bagian integral dan esensial dari promosi kesehatan. Menurut Sassen (2018) promosi kesehatan terdiri dari aplikasi: (1) pendidikan kesehatan; (2) penggunaan fasilitas (pelayanan kesehatan) tertentu; dan (3) kebijakan dan peraturan. Ketiga komponen tersebut diaplikasikan dalam waktu yang sama untuk memberikan promosi kesehatan, namun pendidikan kesehatan dapat menjadi suatu fungsi yang independen. (Asniar, 2020)

Beberapa ahli telah merumuskan berbagai macam definisi terkait pendidikan kesehatan berdasarkan paradigma masing-masing di antaranya

- a. Nyswander (1974) (dalam Notoatmodjo, 2003) mengemukakan bahwa sesungguhnya pendidikan kesehatan bukanlah suatu kumpulan prosedur atau proses pentransferan materi dari suatu individu ke individu lainnya. Akan tetapi pendidikan kesehatan lebih mengarah kepada suatu proses dinamis terkait perubahan perilaku. Perubahan perilaku yang bersifat dinamis ini yaitu proses seseorang akan memilih untuk menolak atau menerima terhadap suatu informasi maupun aktifitas yang bersifat baru baginya, dengan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan secara optimal.
- b. Stuart (1986) (dalam Suliha, 2001) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan dan kedokteran. Promosi kesehatan merupakan suatu upaya terencana sebagai perwujudan dari kewajiban dan tanggung jawabnya. Dalam pemeliharaan dan perlindungan terhadap kesehatannya maka semua orang baik individu, kelompok maupun masyarakat bertujuan memodifikasi sudut pandang, sikap maupun perilaku suatu individu, kelompok

- maupun masyarakat ke arah pola hidup yang lebih sehat, melalui proses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- c. Green (1980) secara garis besar juga menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang terencana untuk mencapai tujuan kesehatan dengan mengkombinasikan berbagai macam cara pembelajaran.
 - d. *Committee President on Health Education* (1997) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai proses yang mampu membantu merevitaliasi kesenjangan yang terjadi antara informasi yang didapatkan dan praktik kesehatan. Melalui proses ini diharapkan seseorang dapat termotivasi untuk menjauhkan diri dari kebiasaan yang buruk dan mengimplementasikan pola hidup yang lebih menguntungkan bagi kesehatannya. (Notoatmodjo, 2003)
 - e. Craven & Hirnle (1996) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses pembelajaran yang bersifat praktik maupun instruksi dengan tujuan untuk memberikan berbagai informasi maupun motivasi kepada seseorang sehingga diharapkan terjadi peningkatan wawasan serta keterampilan untuk mengimplementasikan pola hidup sehat. (Suliha, 2001)

Beberapa definisi tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses pembelajaran yang terencana dan bersifat dinamis. Tujuan dari proses pembelajaran ini adalah untuk memodifikasi perilaku melalui peningkatan keterampilan, pengetahuan, maupun perubahan sikap yang berkaitan dengan perbaikan pola hidup ke arah yang lebih sehat. Perubahan yang diharapkan dalam pendidikan kesehatan dapat diaplikasikan pada skala individu hingga masyarakat, serta pada penerapan program kesehatan.

Proses pembelajaran pada konsep pendidikan kesehatan ini dapat dipraktikkan oleh siapa pun, di mana pun, dan kapan pun. Adanya perubahan dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tidak mampu melakukan menjadi mampu merupakan ciri perubahan dari seseorang yang sedang melakukan proses pembelajaran.

Berbagai unsur dalam komponen pendidikan kesehatan di antaranya adalah para pendidik dan sasaran didik sebagai bagian

input, implementasi berbagai kerangka kegiatan yang telah direncanakan sebagai upaya untuk membuat perubahan perilaku (proses), serta hasil (*output*) yang diharapkan dari kegiatan yang telah diupayakan. Adanya perubahan perilaku hidup sehat secara mandiri merupakan hasil yang diharapkan dari kegiatan pendidikan maupun promosi kesehatan. (Notoatmodjo, 2003)

7.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO (dalam Notoatmodjo, 2003) tujuan umum pendidikan kesehatan adalah membuat perubahan perilaku pada tingkat individu hingga masyarakat pada aspek kesehatan. Adapun tujuan lainnya, yaitu

- a. Mengubah pola pikir masyarakat bahwa kesehatan merupakan sesuatu yang bernilai bagi keberlangsungan hidup.
- b. Memampukan masyarakat, kelompok atau individu agar dapat secara mandiri mengaplikasikan perilaku hidup sehat melalui berbagai kegiatan.
- c. Mendukung pembangunan dan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan kesehatan secara tepat.

Sedangkan secara operasional, tujuan dari adanya pendidikan kesehatan adalah menurut Wong dalam (Suliha dkk, 2001)

- a. Menumbuhkan rasa tanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri sendiri, serta lingkungan sekitar
- b. Melakukan tindakan preventif maupun rehabilitatif agar tercegah dari peningkatan keparahan suatu penyakit melalui berbagai kegiatan positif
- c. Memunculkan pemahaman yang lebih tepat terkait keberadaan dan perubahan yang terjadi pada suatu sistem, serta cara yang efisien dan efektif dalam penggunaannya
- d. Memampukan diri agar secara mandiri dapat mempelajari dan mempraktikkan hal yang mampu dilakukan sendiri sehingga tidak selalu meminta bantuan pada sistem pelayanan formal.

Pendidikan kesehatan mempunyai tujuan yaitu perubahan perilaku dari individu, kelompok, dan masyarakat khususnya

perilaku kesehatan. Agar tujuan tersebut dapat tercapai maka perlu untuk mempertimbangkan tentang metode yang akan digunakan. Metode pendidikan kesehatan dibedakan berdasarkan sasaran yaitu individu, kelompok, dan publik atau massa.

Ketidaktepatan dalam memilih metode akan menyebabkan proses menjadi tidak efektif dan tujuan pendidikan kesehatan tidak tercapai. Perubahan perilaku menuju ke arah upaya kesehatan yang lebih baik merupakan hasil akhir dari adanya pendidikan kesehatan. (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner (1938), perilaku merupakan hasil hubungan antara stimulus dengan respons atau rangsangan dengan respons. Perilaku adalah tindakan yang dapat diamati bahkan dipelajari, hasil totalitas penghayatan dan aktivitas yang berasal dari pengaruh faktor internal maupun eksternal. Dari aspek biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukannya, di antaranya adalah berjalan, berbicara, bekerja, menulis membaca, berpikir, dan seterusnya.

Secara singkat aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2 (dua) yakni yang pertama berupa aktivitas-aktivitas yang dapat diamati orang lain misalnya : berjalan, bernyanyi, tertawa dan sebagainya. Yang kedua adalah aktivitas yang tidak dapat diamati orang lain (dari luar) seperti : berpikir, berfantasi, bersikap dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2005)

Perilaku dapat berbentuk perilaku pasif dan perilaku aktif. Bentuk pasif (respons internal) adalah perilaku yang masih tersembunyi di dalam diri, tidak dapat diamati secara langsung seperti pikiran, tanggapan, sikap batin dan pengetahuan, sedangkan bentuk aktif (respons eksternal), perilaku ini sudah merupakan tindakan nyata dan merupakan respons yang secara langsung dapat diobservasi. Perilaku pasif yang belum berubah menjadi aktif disebut sebagai sikap.

Perilaku kesehatan merupakan respons yang mempengaruhi kesehatannya, penyakit yang dideritanya, sistem pelayanan yang diterima serta pola konsumsi di lingkungan

sosialnya (Skinner, dalam Notoatmodjo, 2003). Perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga, yaitu

- a. Memelihara kesehatan, adalah perilaku untuk menjaga kesehatan secara pribadi agar tidak terserang rasa sakit dan upaya penyembuhan terhadap sakit.
- b. Mencari dan menggunakan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini muncul ketika seseorang menderita penyakit atau kecelakaan.
- c. Respons terhadap lingkungannya baik itu fisik, sosial dan budaya sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatannya, keluarga atau masyarakat.

Menurut Green kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku dan non perilaku. Faktor perilaku menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan adat atau tradisi. Sedangkan faktor non perilaku berupa ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan yang mendukung terbentuknya perilaku.

7.3 Konsep Belajar dalam Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Program kesehatan masyarakat tidak terlepas dari adanya proses pendidikan yang berkelanjutan, baik untuk masyarakat maupun untuk tenaga pendidiknya. Proses belajar ini jika tanpa dibekali dengan kemampuan untuk belajar, dan dukungan teknologi maka tidak akan dapat dicapai hasil yang optimal. Perkembangan terjadi dikarenakan adanya kemampuan untuk belajar yaitu mengalami perubahan, mulai saat lahir sampai tua. Namun, semua perubahan yang dialami tidak semua dari proses belajar. Berdasarkan kesadaran tentang peranan belajar dalam perkembangan anak didik, masyarakat modern, mendirikan lembaga-lembaga secara khusus yang disebut sekolah atau institusi formal. (Notoatmodjo, 2003)

Dasar pembelajaran ini, menurut Notoatmodjo (2003) melibatkan berbagai macam unsur manusiawi, material, fasilitas, perlengkapan, dan prosedur yang saling memengaruhi dalam proses pembelajaran. Semua unsur yang terlibat dalam proses

pembelajaran tersebut tidak terbatas pada pembelajaran dalam kelas saja melainkan juga pembelajaran karena adanya interaksi dengan organisasi dan komponen lain di lingkungan sosial peserta didik . Proses belajar yang dilakukan oleh individu akan membawa perubahan kepada individu tersebut, di mana perubahan tersebut akan tampak kepada perilaku pembelajar. Proses belajar selain dilihat dari adanya perubahan, juga menunjukkan beberapa ciri, antara lain

- a. Adanya kesadaran bahwa telah terjadi perubahan pada individu yang belajar yang minimal disadari oleh individu tersebut.
- b. Adanya perubahan yang berguna bagi kehidupan individu yang belajar secara berkelanjutan.
- c. Adanya perubahan yang aktif dan positif yang berarti perubahan tersebut akan selalu bertambah dan lebih baik dari sebelumnya.
- d. Adanya perubahan yang bersifat menetap dan permanen.
- e. Adanya perubahan yang menyeluruh baik dari pengetahuan, sikap, maupun keterampilan.

7.4 Peran Pendidikan Kesehatan

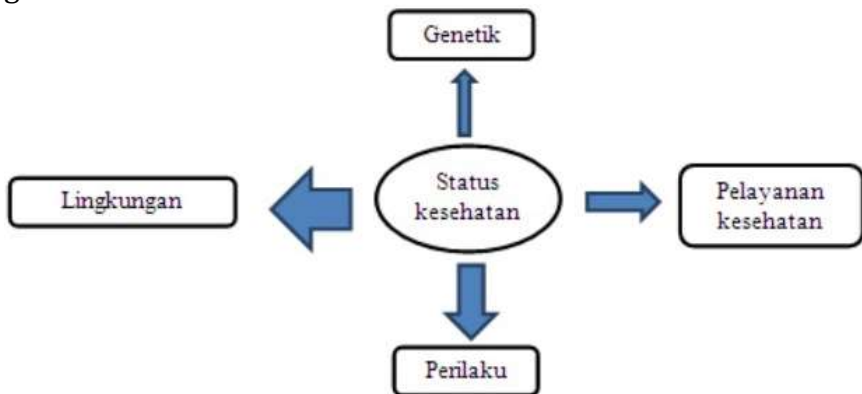
Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan di antaranya dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya melalaui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan. Memang dampak yang timbul dari cara ini terhadap perubahan perilaku masyarakat, akan memakan waktu lama apabila dibandingkan dengan cara koersi. Namun demikian, apabila perilaku tersebut berhasil diadopsi masyarakat, maka akan langgeng (*sustainable*), bahkan selama hidup dari orang tersebut.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, tampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) lebih tepat apabila dibandingkan dengan koersi. Dengan kata lain bahwa pendidikan atau promosi kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dapat disimpulkan pula bahwa promosi kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat

mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut efektif, maka sebelum diberikan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

Telah dijelaskan sebelumnya bahwa pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pendidik. Sedangkan pendidikan promosi adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yang pertama yakni *input*, yaitu sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik. Yang kedua adalah proses, yakni upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain dan yang ketiga adalah *output* yaitu perubahan atau perilaku apa yang diharapkan pendidik. (Notoatmodjo, 2007)

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik ekonomi, pendidikan dan sebagainya. Hal tersebut diilustrasikan oleh Blum sebagaimana gambar berikut :



Gambar 7.1 : Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan
<https://www.informasibidan.com/2021/03/prinsip-kesehatan-masyarakat.html>

Menurut Blum (1974) urutan besarnya pengaruh terhadap kesehatan tersebut adalah sebagai berikut :

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

Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat hendaknya juga dialamatkan kepada empat faktor tersebut. Dengan kata lain intervensi atau upaya kesehatan masyarakat juga dikelompokkan menjadi 4 (empat), yakni intervensi terhadap lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas.

Intervensi terhadap faktor lingkungan fisik adalah dalam bentuk perbaikan sanitasi lingkungan, sedangkan intervensi terhadap lingkungan sosial, budaya, politik dan ekonomi dalam bentuk program-program peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan politik keamanan dan sebagainya. Intervensi terhadap faktor pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk penyediaan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan, perbaikan sistem dan manajemen pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Selanjutnya intervensi terhadap faktor hereditas antara lain dengan perbaikan gizi masyarakat, khususnya perbaikan gizi ibu hamil. Dengan gizi yang baik ibu hamil akan menghasilkan anak yang sehat dan cerdas. Sebaliknya ibu hamil yang kurang gizi akan melahirkan anak dengan berat badan yang kurang dan sakit-sakitan dan memiliki IQ yang rendah. Di samping itu pendidikan kesehatan bagi kelompok yang mempunyai faktor resiko akan menurunkan penyakit tertentu. (Notoatmodjo, 2007)

7.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Berikut adalah penjelasan tentang metode pendidikan kesehatan perorangan, kelompok, dan publik atau massa (Wardani, 2016)

7.5.1 Metode Pendidikan Perorangan (individual)

Dilakukan secara perorangan untuk membina perilaku baru atau untuk membina seseorang yang tertarik terhadap perubahan perilaku. Pemilihan metode ini dengan pertimbangan bahwa setiap orang mempunyai masalah yang unik atau alasan yang berbeda-beda terkait dengan penerimaan atau perilakunya. Metode ini paling efektif karena antara petugas kesehatan yang memberikan edukasi dengan sasaran dapat saling berdialog diskusi secara langsung baik melalui tatap muka maupun menggunakan sarana komunikasi misalnya telepon. Contohnya pada seorang ibu yang ingin menjadi akseptor KB implan, dilakukan pendekatan secara personal kepada ibu dengan diskusi tanya jawab serta memberikan KIE seputar alat kontrasepsi implan sehingga ibu tersebut mengerti dan mantap dengan pilihannya. Harapannya ibu tersebut akan menjadi akseptor lestari setelah implan dipasang. Contoh lainnya pada masa pandemi COVID-19 adalah layanan telemedisin untuk memfasilitasi klien yang butuh konsultasi tanpa harus bertatap muka langsung.

Pemahaman tentang pendekatan personal atau perorangan disini tidak dalam arti sempit bahwa hanya ibu saja yang terlibat tetapi bisa juga dengan melibatkan suami atau keluarga ibu tersebut. Metode pendidikan kesehatan individual ini dikenal juga dengan sebutan konseling.

7.5.2 Metode Pendidikan Kelompok

Kelompok yang dimaksud bisa berupa kelompok kecil maupun kelompok besar. Metode pendidikan kelompok ada banyak pilihan, tetapi untuk menentukan metode yang tepat maka perlu mempertimbangkan besarnya jumlah sasaran serta latar belakang atau tingkat pendidikan formalnya. Besarnya kelompok akan berpengaruh terhadap efektifitas dari metode yang digunakan. Terdapat dua pengelompokan berdasarkan jumlah peserta yaitu kelompok kecil apabila jumlah peserta sebanyak 6-15 orang dan kelompok besar apabila peserta berjumlah antara 15-50 orang.

- a. Kelompok kecil: metode yang cocok untuk digunakan antara lain diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok kelompok kecil (*buzz group*),

bermain peran (*role play*) dan permainan simulasi (*simulation game*). Media yang dapat mengefektifkan metode ini dapat menggunakan *flipchart*, *slide*, alat peraga, dan lainnya.

- b. Kelompok besar : metode yang cocok digunakan seperti metode ceramah dengan atau tanpa disertai tanya jawab, seminar, lokakarya dan lainnya. Media yang cocok adalah film, *sound system*, *LCD projector*, slide presentasi, dan sebagainya.

7.5.3 Metode Pendidikan Publik (Massa)

Metode untuk sasaran dengan jumlah yang sangat banyak atau massa harus mempertimbangkan bahwa karakteristiknya pasti bervariasi baik dari segi usia, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, budaya, dan lainnya. Termasuk juga dalam hal minat, cara merespon, persepsi dan pemahaman terhadap pesan kesehatan yang disampaikan. Padahal media, metode dan materi yang akan digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah sama sehingga ini akan menjadi tantangan dan perlu dipertimbangkan dengan baik. Metode yang sering digunakan yaitu ceramah umum (*public speaking*), penyampaian pesan melalui media elektronik, media cetak maupun media di luar ruangan. Media elektronik yang dapat digunakan seperti radio, televisi, drama, *talk show*, dialog interaktif, simulasi dan sejenisnya. Media cetak berupa koran, majalah, buku, poster, *leaflet*, selebaran/*flyer*, dan lainnya. Sedangkan untuk media di luar ruangan dapat melalui *billboard*, spanduk, banner dan sebagainya. (Sari, 2019)

7.6 Alat Bantu (Media/Alat Peraga)

Pendidikan kesehatan tidak bisa dipisahkan dari media atau alat bantu. Media merupakan semua sarana untuk menyampaikan informasi yang dapat ditangkap melalui panca indera manusia sehingga proses komunikasi dapat berjalan lancar dan informasi yang diberikan juga dapat diterima dengan jelas oleh sasaran (Sari, 2019).

Melalui media, pesan yang disampaikan menjadi lebih menarik dan lebih mudah dipahami sehingga sasaran lebih mudah juga dalam menerima informasi yang diterimanya. Pesan yang disampaikan dalam rangka pendidikan kesehatan diharapkan

dapat memberikan pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan pada sasaran (individu, kelompok, atau masyarakat) yang pada akhirnya dengan pengetahuan tersebut diharapkan diikuti dengan perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2003)

Manfaat yang didapatkan dengan menggunakan media saat memberikan pendidikan kesehatan antara lain:

- a. Merangsang minat atau ketertarikan dari sasaran yang dituju.
- b. Menjangkau sasaran yang lebih luas dan banyak
- c. Memudahkan pemberi pesan untuk menyampaikan informasi atau edukasi pada sasaran. Hal ini dikarenakan alat peraga dapat menggantikan obyek nyata sehingga dapat memberikan pengalaman tidak langsung pada sasaran.
- d. Memperlancar komunikasi.
- e. Memudahkan sasaran untuk mengerti, memahami dan menangkap pesan yang disampaikan dalam waktu yang lebih singkat. Hal ini dikarenakan sasaran mempunyai bayangan tentang informasi atau pengetahuan yang diterima.
- f. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain.
- g. Memperkecil risiko terjadinya salah persepsi karena informasi disertai dengan alat bantu sehingga memberikan gambaran yang jelas bagi sasaran.
- h. Memotivasi sasaran untuk mau melakukan sesuai dengan pesan yang disampaikan.

(Notoatmodjo, 2005 dalam Jatmika, 2019) menuliskan tentang prinsip yang perlu dipahami dalam menggunakan media, yaitu :

1. Semakin banyak indera yang dilibatkan untuk menerima pesan dari suatu media, maka semakin mudah pula bagi sasaran dalam menangkap dan memahami pesan atau informasi yang diberikan.
2. Setiap jenis media mempunyai kelebihan dan kelemahannya masing-masing.
3. Perlu menggunakan berbagai variasi media tetapi tidak boleh berlebihan.
4. Sasaran dapat dimotivasi untuk aktif terlibat saat penyampaian pesan atau informasi.

5. Rencanakan dengan baik dan matang sebelum media digunakan agar efektif bagi sasaran.

Berdasarkan fungsinya untuk menyampaikan pesan kesehatan, media dibagi menjadi 3 macam :

7.6.1 Media Cetak

Contohnya adalah *booklet*, *leaflet*, *poster*, *rubrik*, *flyer* dan *flipchart* (lembar balik). Booklet adalah media penyampaian pesan kesehatan berbentuk buku baik berupa gambar ataupun tulisan. Leaflet adalah media berbentuk selebar kertas yang dilipat berisi gambar atau kombinasi dengan tulisan tentang informasi kesehatan. Poster adalah media penyampai pesan yang berbentuk lembaran yang biasanya ditempelkan di dinding/tembok, tempat/fasilitas umum atau kendaraan umum. Rubrik berupa tulisan pada majalah atau surat kabar yang membahas tentang masalah kesehatan. Flyer serupa dengan leaflet tetapi tidak dilipat. Flipchart serupa dengan kalender balik bergambar yang disusun berdasarkan urutan tertentu dan dibundel pada sisi atasnya.

7.6.2 Media Elektronik

Berupa media bergerak yang dinamis, penyampaian pesan kesehatannya melalui indera penglihatan dan pendengaran. Contohnya adalah radio, film, televisi, video, kaset, CD, VCD, slide, film strip.

7.6.3 Media Luar Ruangan

Merupakan media penyampaian pesan yang diletakkan di luar ruang dan bersifat statis melalui media cetak maupun elektronik. Contohnya papan reklame, spanduk, banner , TV layar lebar termasuk juga pesan kesehatan yang dituliskan di lembaran seng yang ditempelkan pada dinding bus ataupun kendaraan umum lain.

Saat ini media elektronik juga ditambah dengan telepon genggam (*handphone*), komputer, laptop juga telah menjadi media penyampaian pesan kesehatan karena sudah di-*support* dengan jaringan internet sehingga memungkinkan dan memudahkan bagi pemakainya untuk mengakses berbagai informasi dari berbagai belahan dunia melalui beragam *platform* termasuk media sosial.

Pemilihan media atau alat bantu dalam pendidikan kesehatan perlu mempertimbangkan selera sasaran. Hendaknya media yang digunakan merupakan media yang nantinya dapat menarik minat sasaran untuk memperhatikan dan atau mendengarkan informasi yang akan disampaikan (Wardani, 2016).

Seiring dengan kemajuan perkembangan teknologi, media pendidikan kesehatan juga mengalami perkembangan. Inovasi terkait media sudah banyak ditemukan, seperti SMS *broadcast*, media sosial, permainan (engklek, ular tangga, *puzzle*, kartu bergambar (*flash card*), seni (lagu, jathilan, wayang gantung, besutan) dan khotbah (Jatmika, 2019). Permainan monopoli juga dapat digunakan sebagai media untuk memberikan pendidikan kesehatan terutama bagi remaja. Sambil bermain monopoli, remaja secara tidak sadar juga sesungguhnya telah menambah pengetahuannya tentang kesehatan.



Gambar 7.2 : Kerucut Pengalaman Edgar Dale

Sumber : <http://indahkdewi.blogspot.com/2016/12/kerucut-pengalaman-edgar-dale.html>

Edgar Dale mengenalkan kerucut pengalaman atau *cone of experience* yang menggambarkan tentang sepuluh pengalaman yang didapatkan saat menggunakan media. Pada gambar di atas

dapat dilihat bahwa bagian paling atas dari kerucut tersebut merupakan pengalaman paling abstrak dan semakin ke arah bawah/dasar dari kerucut maka pengalaman menjadi semakin konkret. Bisa diperhatikan bagaimana tingkat keterlibatan dari sasaran bahwa saat sasaran ikut terlibat bahkan melakukan atau mempraktikkan maka pengalamannya menjadi konkret. Berdasarkan hal yang dapat diingat oleh sasaran, maka semakin konkret pengalaman yang didapatkan maka semakin besar pula prosentase informasi yang direkam dalam ingatan. Dale meyakini bahwa simbol dan ide yang sifatnya abstrak hanya akan dapat dipahami dengan mudah dan dipertahankan apabila sasaran telah memiliki pengalaman konkret tentang hal tersebut sebelumnya.

Dale juga menjelaskan bahwa pengalaman belajar seseorang paling banyak dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan (mata) hingga 75%; indera pendengaran (telinga) 13%; indera lainnya sekitar 12%. Apabila indera yang dilibatkan lebih dari satu maka akan semakin menguatkan kemampuan sasaran untuk memahami serta mengingat materi yang disampaikan. Misalnya dengan penggunaan media interaktif (audio-visual) akan menjadikan sasaran melihat tayangan video atau film yang meningkatkan kemampuan sasaran untuk mengingat informasi yang diterima dibandingkan hanya mendengarkan penjelasan saja hal (Ani, 2022)

7.7 Proses Belajar

Pendidikan tidak terlepas dari proses belajar. Kadang-kadang bahan pengajaran disamakan dengan pendidikan. Kedua pengertian itu memang identik, karena proses belajar berada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Dengan kata lain pendidikan dilihat secara makro sedangkan pengajaran (proses belajar) dilihat secara mikro. Oleh karena promosi kesehatan juga merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar, maka berikut ini akan dijelaskan tentang prinsip-prinsip dan teori-teori proses belajar.

7.7.1 Latihan

Latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktifitas tertentu. Latihan adalah suatu perbuatan pokok dalam kegiatan belajar, sama halnya dengan pembiasaan. Baik latihan maupun pembiasaan terutama terjadi dalam taraf biologis, tetapi apabila selanjutnya berkembang dalam taraf psikis, maka kedua gejala itu akan menjadikan proses kesadaran sebagai proses ketidaksadaran yang bersifat biologis yang disebut proses otomatisme. Proses tersebut menghasilkan tindakan yang tanpa disadari cepat dan tepat.

Perhatikan seorang anak yang sedang dilatih berjalan, berbicara atau seorang dewasa yang sedang belajar menyeter, mengetik atau menari. Di dalam kegiatan itu tampaknya adanya gerakan-gerakan yang diulang ulang untuk mencapai kesempurnaan. Organisme yang bersangkutan menunjukkan kesediaan dan keluwesannya. (Notoatmodjo, 2007)

7.7.2 Menambah atau memperoleh tingkah laku baru

Belajar sebenarnya merupakan suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, kecakapan, keterampilan dan nilai-nilai) dengan aktivitas kejiwaan sendiri. Dari pernyataan tersebut tampak jelas bahwa sifat khas dari proses belajar ialah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti sekarang menjadi mengerti.

Di samping itu dalam proses belajar juga terjadi suatu peralihan dari potensi keaktifan. Peralihan dari potensi keaktifan ini berlaku secara subyektif, maksudnya adalah bahwa kesanggupan yang ada pada subyek menjadi aktif (misalnya potensi bercakap-cakap menjadi tindakan bercakap-cakap) (Notoatmodjo, 2007)

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, M. 2022. 'Ilmu Kesehatan Masyarakat.' Padang: GET Press, pp. 152–157.
- Asniar. 2020. 'Pendidikan dan Promosi Kesehatan.' Banda Aceh: Syiah Kuala University Press, p. 5.
- Jatmika. 2019. 'Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan.' Yogyakarta: K Media, p. 34.
- Notoatmodjo. 2003. 'Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.' Jakarta: Rineka Cipta, p. 16.
- Notoatmodjo. 2005. 'Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.' Jakarta: Rineka Cipta, p. 43.
- Notoatmodjo. 2007. 'Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.' Jakarta: Rineka Cipta, pp. 38–39.
- Sari. 2019. 'Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Mahasiswa Kebidanan.' Yogyakarta: Pustaka Baru Press, p. 23.
- Suliha. 2001. 'Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan.' Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran, p. 17.
- Sutisna. 2021. 'Pendidikan dan Promosi Kesehatan Teori dan Implementasi di Indonesia.' Yogyakarta: UGM Press, p. 2.
- Syafrudin. 2009. 'Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidnana.' Jakarta: Trans Info Media, p. 137.
- Wardani. 2016. 'Buku Ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan.' Jakarta: TIM, p. 17.

BAB 8

KEMITRAAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Oleh Hairudin La Patilaiaya

8.1 Pendahuluan

Bangsa Indonesia merupakan Negara berkembang mempunyai banyak permasalahan yang membutuhkan penyelesaian dengan melibatkan semua komponen masyarakat, salah satu penyebab lambatnya berbagai masalah adalah masih rendahnya pendidikan masyarakat terhadap permasalahan yang terjadi disekitar mereka.

Masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan memang merupakan sektor yang paling depan dalam bertanggung jawab (*leading sector*), namun dalam mengimplementasikan kebijakan dan program intervensi harus bersama-sama dengan sektor lain, baik pemerintah maupun swasta. Sektor kesehatan seyogyanya merupakan pemrakarsa dalam menjalin kerja sama atau kemitraan (*partnership*) dengan sektor-sektor terkait.

8.2 Pengertian Kemitraan

Kemitraan pada esensinya adalah dikenal dengan istilah gotong royong atau kerjasama dari berbagai pihak baik secara individual maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo, 2003, kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Kemitraan adalah hubungan kerja sama antar dua pihak atau lebih berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat).

1. Kemitraan secara umum menurut (RI, 2003) meliputi :
 - a. Kemitraan mengandung pengertian adanya interaksi dan interelasi minimal antara dua pihak atau lebih dimana masing-masing pihak merupakan mitra atau partner.
 - b. Kemitraan adaah proses pencarian atau perwujudan bentuk-bentuk kebersamaan yang saling menguntungkan dan saling mendidik secara sukarela untuk mencapai kepentingan bersama.
 - c. Kemitraan adalah upaya melibatkan berbagai komponen baik sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah atau non pemerintah untuk berkerja sama mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing.
 - d. Kemitraan adalah suatu kesepakatan dimana seseorang, kelompok atau organisasi untuk berkerja sama mencapai tujuan, mengambil dan melaksanakan serta membagi tugas, menanggung bersama baik yang berupa resiko maupun keuntungan, meninjau ulang hubungan masing-masing secara teratur dan memperbaiki kembali kesepakatan bila diperlukan
2. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), arti mitra adalah teman, kawan kerja, pasangan kerja, rekan. Kemitraan artinya perihal hubungan atau jalin kerja sama sebagai mitra (Anonym, 2007)

Kesimpulan

Kemitraan adalah upaya yang melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun non pemerintah untuk bekerjasama dalam mencapai sautu tujuan bersama berdarkan kesepakatan prinsip dan peran masing-masing.

8.3 Tujuan Kemitraan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan status kesehatan masyarakat dan daya tanggap pemangku kepentingan terhadap lingkungan dan masyarakat.

2. Tujuan Khusus

- a. Terbinanya kepedulian dan motivasi para pemangku kepentingan terhadap tercapainya kesehatan masyarakat
- b. Terciptanya kesamaan pemahaman dalam bermitra diantara pemangku kepentingan.
- c. Meningkatkan sumberdaya dalam penyelenggaraan program kesehatan.
- d. Terselenggaranya upaya/program kesehatan masyarakat.

8.4 Syarat Kemitraan

Dengan demikian untuk membangun kemitraan harus memenuhi beberapa persyaratan yaitu :

1. Kesamaan Perhatian (*Common Interest*)

Dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatu masalah niscaya kemitraan tidak akan terjadi. Sektor kesehatan harus mampu menimbulkan perhatian terhadap masalah kesehatan bagi sektor-sektor lain non kesehatan dengan upaya-upaya informasi dan advokasi secara intensif.

2. Saling mempercayai dan menghormati Kepercayaan (*Trust*)

Modal dasar setiap relasi atau hubungan antar manusia, sektor kesehatan harus mampu menimbulkan trust bagi patnernya atau mitranya.

3. Saling Menyadari pentingnya arti kemitraan

Arti penting dari kemitraan adalah mewujudkan kebersamaan antar anggota untuk menghasilkan sesuatu yang menuju kearah perbaikan khususnya kesehatan masyarakat dan pada umumnya kesejahteraan masyarakat, hal penting dilakukan advokasi dan informasi

4. Kesepakatan Visi, Misi, Tujuan dan Nilai

Visi, Misi, Tujuan dan Nilai tentang kesehatan perlu disepakati bersama dan akan sangat memudahkan timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi masalah kesehatan bersama, hal ini harus meliputi semua organisasi sampai petugas lapangan.

8.5 Unsur Kemitraan

Unsur-unsur kemitraan adalah sebagai berikut :

1. Adanya hubungan (kerja sama) antara dua pihak atau lebih
2. Adanya kesetaraan antara pihak-pihak tersebut
3. Adanya keterbukaan atau kepercayaan (*trust relationship*) antara pihak-pihak tersebut
4. Adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan atau member manfaat.

8.6 Prinsip Kemitraan

1. *Mutual Benefit* (Saling Menguntungkan)
Saling menguntungkan disini bukan hanya materi tetapi juga non materi yaitu dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan
2. *Equality* (Kesetaraan)
Menurut Azhari, 2000, Salah satu konsep dasar kemitraan adalah perjalinan kerjasama antara dua pihak atau lebih, dimana pihak yang bermitra mempunyai kedudukan yang sejajar (*equal standing*). Salah satu bukti adanya kesetaraan adalah dengan adanya kesepakatan yang terjalin antara dua pihak.
3. *Transparency* (Transparansi)
Menurut Wulandari dan Murwani, 2018, Transparansi diperlukan untuk menghindari rasa saling curiga antar mitra kerja. contoh transparansi pengelolaan informasi dan transparansi pengelolaan keuangan.
4. *Result-Oriented Approach* (Pendekatan Berorientasi Hasil)
Tindakan kemanusiaan yang efektif harus didasari realitas dan berorientasi pada tindakan, hal ini membutuhkan koordinasi yang berorientasi hasil berbasis kemampuan efektif dan kapasitas operasional yang kongrit
5. *Responsibility* (Tanggung Jawab)
Organisasi kemanusiaan memiliki tanggung jawab etis terhadap satu sama lain dalam menempuh tugas-tugasnya secara bertanggung jawab dengan integritas dan cara yang relevan dan tepat. Organisasi kemanusiaan harus meyakinkan bahwa mereka hanya akan berkomitmen terhadap sesuatu kegiatan ketika mereka memang memiliki alat, kompetensi, keahlian dan

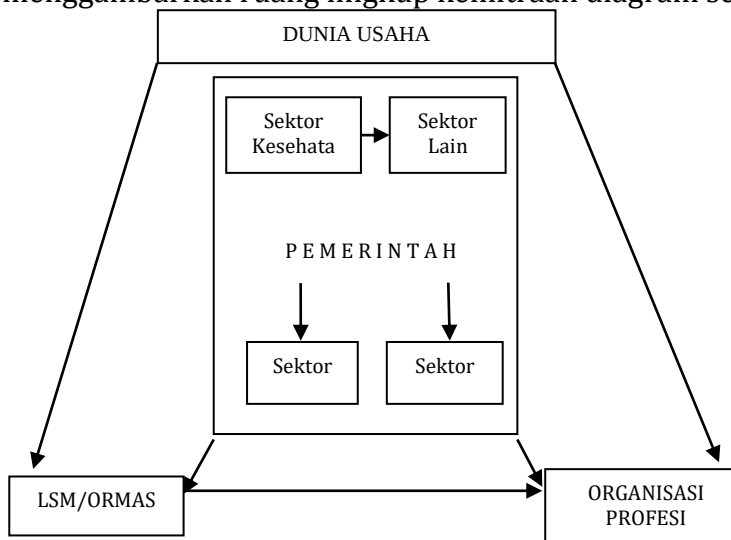
kapasitas untuk mewujudkan komitmen tersebut. Pencegahan yang tegas dan jelas terhadap penyelewengan dilakukan oleh para pekerja kemanusiaan harus menjadi usaha yang berkelanjutan

6. *Complementary* (Pelengkap)

Keragaman dari komunitas kemanusiaan adalah sebuah asset bila dibangun atas kelebihan-kelebihan komparatif dan saling melengkapi kontribusi yang satu dengan yang lain. Kapasitas lokal adalah salah satu asset penting untuk ditingkatkan dan menjadi dasar pengembangan, ketika memungkinkan organisasi-organisasi kemanusiaan harus berjuang untuk menjadikan aset lokal sebagai bagian integral dari tindakan tanggap darurat dimana hambatan budaya bahasa harus diatasi (Rochmat Musthofa, 2019)

8.7 Ruang Lingkup Kemitraan

Ruang lingkup kemitraan secara umum meliputi pemerintah, dunia usaha, LSM/ORMAS, serta kelompok professional. Departemen Kesehatan RI secara lengkap menggambarkan ruang lingkup kemitraan diagram sebagai berikut:



Gambar 8.1 : Diagram Pilar Kemitraan

Menurut Notoatmodjo, 2003 dalam pengembangan kemitraan di bidang kesehatan terdapat tiga pilar kemitraan atau unsur pokok (institusi organisasi) yang terlibat di dalamnya yaitu :

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, industri dan perdagangan, agama dan sebagainya

2. Unsur Swasta atau dunia usaha (*private sektor*) atau kalangan bisnis

Unsur ini berasal kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin dari berbagai perusahaan

3. Unsur Organisasi non-pemerintah atau *non-government organization* (NGO)

Unsur ini meliputi lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan Organisasi Masyarakat (ORMAS) termasuk yayasan di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003)

8.8 Jenis atau Tipe Kemitraan

Menurut Beryl Levinger dan Jean Mulroy (2004), ada empat jenis atau tipe kemitraan yaitu :

1. *Potensial Partership*

Pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain, tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.

2. *Nascent Partnership*

Pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal

3. *Complementary Partnership*

Partner atau mitra mendapat keuntungan dan penambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan *relative* terbatas seperti program *delivery* dan *resource mobilization*

4. *Synergistic Partnership*

Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian (WHO, 2000)

Sedangkan bentuk-bentuk atau tipe kemitraan menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI yaitu terdiri dari aliansi, koalisi, jejaring, konsorsium, kooperasi dan sponsorship. Bentuk-bentuk atau tipe kemitraan tersebut dapat tertuang dalam SK bersama, MoU (*Memorandum of understanding*), Pokja, Forum Komunikasi dan Kontrak Kerja atau Perjanjian Kerja (Egger, Garry., Spark, Ross., Donovan, 2005).

8.9 Tahapan Kemitraan

Dalam membangun kemitraan di bidang kesehatan secara konsep terdiri tiga tahap yakni :

1. Tahap pertama

Kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri yang mencakup : Direktorat Promosi Kesehatan, Kesehatan Keluarga, P2M, Lingkungan, Gizi dan sebagainya

2. Tahap kedua

Kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah antara lain : Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan, Departemen Pertanian dan Kehutan, Departemen Perhubungan dan lain sebagainya

3. Tahap ketiga

Kemitraan yang lebih luas seperti lintas program, lintas sektor, lintas bidang, dan lintas organisasi mencakup unsur : pemerintah, dunia usaha, LSM, organisasi masa, dan organisasi profesi (Notoatmodjo, 2007)

8.10 Landasan Kemitraan

Dalam membangun kemitraan dengan mitra-mitra atau calon-calon mitra perlu dilandasi dengan “ Saling “ yakni :

1. *Stucture*

Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi masing-masing.

2. *Capacity*

Saling memahami kemampuan masing-masing anggota

3. *Lingkage*

Saling membantu

4. *Proximity*

Saling mendekati

5. *Openes*
Saling terbuka dan bersedia membantu
6. *Synergy*
Saling mendorong dan saling mendukung
7. *Reward*
Saling menghargai (Notoatmodjo, 2005)

8.11 Etika Kemitraan

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan etika kemitraan sebagai berikut :

1. Kedua belah pihak saling menghormati, saling menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah di buat bersama
2. Kedua belah pihak mengadakan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan
3. Kedua belah pihak menghargai hasil kerja mitranya dan melindungi hak cipta
4. Kedua belah pihak memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jangka waktu
5. Kedua belah pihak melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundangan yang berlaku
6. Kedua belah pihak tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing
7. Kedua belah pihak mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama

8.12 Sifat Kemitraan

1. Insidental : Sifat kerja sesuai dengan kebutuhan sesaat, misalnya peringatan hari AIDS
2. Jangka Pendek : pelaksanaan proyek dalam kurun waktu tertentu
3. Memiliki program kegiatan yang jelas
4. Memiliki kerja minimal 2 tahun

8.13 Langkah Menggalang atau Mencapai Kemitraan

Kemitraan di bidang kesehatan tidak datang dengan sendirinya melainkan digalang agar kerja sama terbentuk sesuai prinsip-prinsip kemitraan. Dengan demikian, kemitraan dan kerja sama akan berlangsung secara efektif dan bertahan lama. Upaya menggalang kemitraan harus dilaksanakan dengan langkah-langkah yang benar dan sistematis diatas landasan yang kuat (saling hubung, struktur keterbukaan kapasitas, imbalan kedekatan dan sinergi). Adapun langkah-langkah menggalang kemitraan di bidang kesehatan meliputi yaitu :

1. Menyusun Gagasan Kemitraan

Langkah pertama dalam menggalang kemitraan tentu saja adalah menyusun gagasan kemitraan yaitu program kesehatan yang akan dimintakan kontribusi positifnya dari satu atau beberapa pihak lain. Misalnya program promis ASI Eksklusif, program imunisasi hepatitis, program pembinaan PHBS di institusi pendidikan dan lain-lain.

2. Mengidentifikasi Calon Mitra

Langkah ini bertujuan untuk mengenali dan menetapkan pihak-pihak yang bermitra dalam rangka melaksanakan gagasan kemitraan. Dengan demikian keluaran dari gagasan kemitraan adalah daftar pihak-pihak bermitra sudah tersirat demi suksesnya program kemitraan.

3. Merumuskan Tujuan dan Peran

Langkah ini adalah untuk mengetahui calon atau sejumlah calon mitra dan seluk-beluk mitra tersebut (bidang garapan, visi, misi, kegiatan dan lain-lain), selanjutnya dirumuskan tujuan kemitraan (tujuan umum) dan peran (kontribusi) yang diharapkan mitra atau para mitra. Peran mitra atau para mitra ini kelak akan menjadi acuan dalam merumuskan tujuan khusus kemitraan. Setelah dirumuskan tujuan kemitraan dan peran yang diharapkan dari para mitra, gagasan kemitraan disempurnakan dengan menambahkan usul mengenai tujuan kemitraan dan peran tersebut.

4. Menyiapkan Diri

Persiapan diri atau konsolidasi dilakukan dengan mengacu kepada landasan kemitraan. Persiapan diri yang kurang matang

tidak jarang dapat menimbulkan kegagalan upaya menggalang kemitraan. Banyak masalah atau hambatan yang timbul ditengah perjalanan menggalang kemitraan datang dari dalam diri pihak berinisiatif.

5. Menumbuhkan Kesepakatan

Tujuan dari langkah ini adalah dapat diperolehnya kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak yang diajak bermitra. Hasil dari langkah ini dinyatakan dan dirumuskan dalam bentuk perjanjian tertulis atau nota kesepahaman (*memorandum of understanding*).

6. Merumuskan Rencana Kerja

Rencana kerja sama ini sangat penting karena merupakan acuan bagaimana mencapai tujuan kerja sama. Kesepakatan ini digunakan sebagai titik awal untuk menyusun rencana kerja sama yang dinyatakan secara tertulis.

7. Melaksanakan Kerja Sama

Sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, pelaksanaan kegiatan proyek kemitraan dilakukan semacam peresmian atau pencahangan kerap kali sebagai tanda dimulainya kegiatan. Acara ini tidak sekedar bersifat serimonial, tetapi penting adalah sebagai pengingat kembali atas kesepakatan yang telah dicapai dan peneguhan tekad untuk memulai kerja sama (mitra).

8. Menyelenggarakan Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan selama program kemitraan berlangsung untuk mengetahui dengan segera (1) kemajuan yang dicapai, (2) penyimpangan yang terjadi. Sedangkan evaluasi dilakukan secara cros sectional pada saat tertentu setelah program kemitraan berjalan beberapa waktu, termasuk setelah berakhirnya program kemitraan (Naidoo, 2000)

8.14 Model Kemitraan

Secara umum model kemitraan kesehatan dikelompokkan menjadi :

1. Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) atau (*building linkages*). Model ini hanya dalam bentuk jaringan kerja saja, karena masing-masing

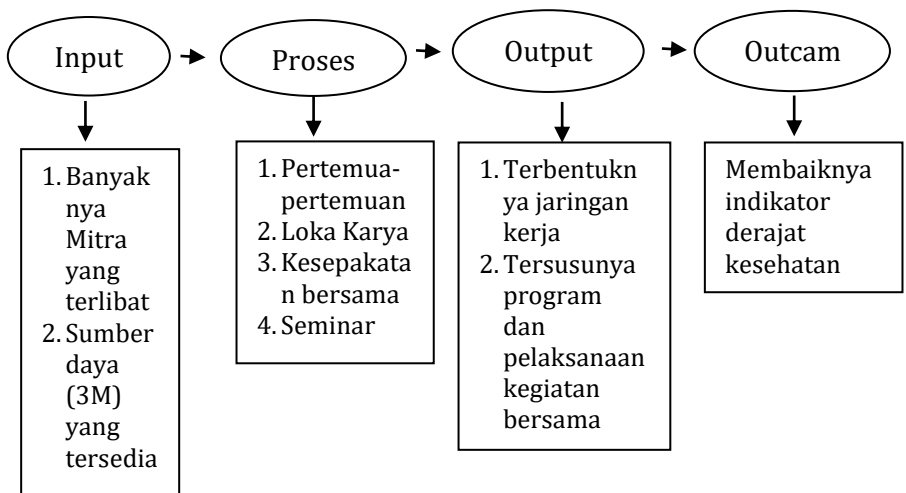
mitra atau institusi mempunyai program tersendiri mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi. Jaringan kerja tersebut terbentuk dengan adanya persamaan layanan atau sasaran pelayanan maupun karakteristik lainnya. Sifat kemitraan sering disebut koalisi misalnya koalisi Indonesia Sehat, Forum Promosi Kesehatan Indonesia.

2. Model II

Model kemitraan ini lebih baik dan solid, karena masing-masing anggota (mitra) memiliki tanggung jawab lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Model semacam ini dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut visi, misi dan kegiatan-kegiatan harus direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi bersama (Anonym, 2009). Salah satu contoh model II adalah Gerakan Terpadu Nasional (Gerduans) TB Paru dan Gebrak Malaria (Rollback Malaria) yang dirancang dan dilaksanakan bersama lintas program dan sektor (Depkes RI, 2006)

8.15 Indikator Keberhasilan Kemitraan

Dalam mengembangkan dan sekaligus untuk mengevaluasi kemitraan dapat menggunakan indikator keberhasilan kemitraan pada gambar di bawah ini :



Gambar 8.2 : Indikator Keberhasilan Kemitraan Bidang Kesehatan

1. Input

Input adalah semua sumber daya yang dimiliki masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya (dana, system informasi, teknologi, jumlah atau banyaknya “mitra” yang terlibat dalam jaringan kemitraan dan sebagainya). Keberhasilan input dapat diukur dari tiga indikator yaitu :

- a. Terbentuknya wadah atau sekretariat ditandai dengan adanya kesepakatan bersama dalam kemitraan
- b. Adanya sumber dana atau biaya yang memang diperuntukan bagi pengembangan kemitraan
- c. Adanya dokumen perencanaan yang telah disepakati institusi terkait

2. Proses

Hakikat proses dalam kemitraan adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Kegiatan untuk membangun kemitraan antara lain melalui pertemuan-pertemuan, seminar, loka karya, pelatihan-pelatihan, semilokal dan lain sebagainya. Tolak ukur indikator keberhasilan proses adalah jumlah atau frekuensi dan kualitas pertemuan tim atau sekretariat sesuai dengan kebutuhan.

3. Output

Output adalah terbentuknya jaringan kerja atau networking, aliansi, forum dan sebagainya. Keberhasilan *output* dapat diukur dari jumlah kegiatan dan kesepakatan serta peran masing-masing institusi. Hasil evaluasi terhadap *output* dinilai berhasil

4. Outcome

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Keberhasilan outcome kemitraan adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian karena penyakit

8.16 Peran Dalam Kemitraan

Peran sektor atau ormas dalam membangun kemitraan adalah sebagai berikut :

1. Sektor kesehatan

Sebagai penggerak, perumus standar atau pedoman

2. Sektor diluar kesehatan

Sebagai pengembang kebijakan lingkungan dan perilaku sehat.

3. Organisasi Profesi

Memberi masukan, pengembangan, dukungan sumber daya dan peran aktif

4. Ormas dan LSM

Member masukan, pengembangan, dukungan sumber daya dan peran aktif

5. Media Massa

Member masukan, penyebarluasan informasi

6. Swasta

Member dukungan sumber daya dalam bentuk sarana, dana dan tenaga.

8.17 Kemitraan dalam Bidang Kesehatan

Kemitraan dibidang kesehatan adalah kemitraan yang dikembangkan dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Kesehatan adalah hak azasi manusia yang merupakan investasi dan sekaligus merupakan kewajiban bagi semua pihak.

Salah satu bentuk kemitraan dalam program posyandu adalah peran serta masyarakat di bidang kesehatan. Kader posyandu sebagai pengelola atau pelaksana kegiatan terlebih dulu memahami tentang petunjuk teknis, memiliki pengetahuan, keahlian dan kemampuan dalam melaksanakan tugas-tugas pokok termasuk deteksi dini tumbuh kembang balita.



Gambar 8.3 : Silaturahmi Kerjasama Kemitraan

Selain itu Peran kader sebagai pendamping juga mampu memotivasi masyarakat dalam peningkatan dan pengembangan posyandu termasuk potensi masyarakat setempat yang dapat di manfaatkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonym. 2007. Prinsip-prinsip Kemitraan. Sebuah Pernyataan Komitmen. *Global Humanitarian Platform (Online)*. ([Www.Globalhumanitarianplatform.Org](http://www.globalhumanitarianplatform.org) Di Akses Pada Tanggal 01 Agustus 2022).
- Anonym. 2009. Model Kemitraan Keperawatan Komunitas Dalam Pengembangan Kesehatan Masyarakat. *Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi (Online)*. ([Http://Www.Dinkesngawi.Net/](http://www.dinkesngawi.net/) Di Akses 01 Agustus 2022).
- Depkes RI. 2006. *Kemitraan Dan Peran Serta, promosi kesehatan online*, [mailto: webmaster@ promokes.qo.id](mailto:webmaster@promokes.qo.id).
- Egger, Garry., Spark, Ross., Donovan, R. (2005). *Health Promotion Strategies and Methods. Second edition*. Mc Graw hill.
- Naidoo, J. dan W. 2000. *Health Promotion: Foundation for Practice, Second edition*. Bailliere Tindal.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT.Rineka Cipta.Jakarta.
- RI, P. D. K. 2003. *Kemitraan dengan Sektor Swasta*. Jakarta.
- Rochmat Musthofa, D. R. dan V. D. 2019. Perapan Prinsip Kemitraan Pada U.D. Pantiboga Natural Food Specialist Dengan Rahma Jaya Herbal di Kecamatan Matesih Kabupaten Karanganya. *Jurnal Dinamika Sosial Ekonomi Vol.20 No.1, Juni 2019 : 14-25 ISSN 1411-593X (Print)*.
- WHO. 2000. *Chalenges And Opportunities For Partnership In Health Development*, Geneva.

BAB 9

PENGEMBANGAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Oleh Ramli

9.1 Pendahuluan

Penyuluhan kesehatan masyarakat atau promosi kesehatan pada intinya adalah melakukan kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi kepada berbagai segmentasi sasaran. Dalam proses komunikasi, langkah awal yang penting adalah sumber atau komunikator melakukan *decoding*, yaitu merumuskan dan menyusun pesan. Selanjutnya, pesan yang sudah disusun disebarluaskan atau disampaikan kepada sasaran komunikasi melalui media. Perlu diketahui bahwa pesan tidak selalu dalam bentuk kata-kata atau tulisan, melainkan dapat berupa gambar, ilustrasi, grafik, flim, lagu, dan lain-lain. Selain itu perumusan dan penyusunan pesan, dapat menggunakan berbagai jenis bahasa, misalnya: bahasa Indonesia, bahasa daerah, bahasa agama, bahasa politik, bahasa ekonomi, dan lain-lain.

Penyusunan pesan dengan menggunakan berbagai bentuk serta jenis bahasa ini, tujuannya untuk mengurangi distorsi dan salah persepsi serta mudah dipahami oleh sasaran. Demikian juga halnya dengan pengembangan media yang berisi pesan pesan atau informasi kesehatan, media KIE atau promosi kesehatan dapat berupa media cetak, media elektronik, media luar ruang, media partisipatori, media tradisional, media model, media dari benda-benda alamiah, dll. Yang penting, semakin banyak panca indera sasaran bisa diaktifkan atau dirangsang oleh berbagai jenis media, maka semakin efektiflah proses komunikasi tersebut. (Human Excellence Power Institute (HEPi) Malang, 2017)

9.2 Pengertian Media Promosi Kesehatan

Kata “media” berasal dari bahasa latin “*medius*” yang berarti “tengah”, “perantara” atau “pengantar” jika diartikan secara harfiah dalam bahasa arab, media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim kepada penerima pesan. Dengan demikian, maka media merupakan wahana penyalur informasi belajar atau penyalur pesan. Berkaitan dengan pengertian media, Azhar Arsyad dalam bukunya “Media Pembelajaran” mengutip dari beberapa ahli yaitu sebagai berikut :

- a. GERLACH & Ely, 1971 mengatakan bahwa media apabila dipahami secara garis besar adalah manusia, materi atau kejadian yang membangun kondisi sehingga membuat siswa mampu memperoleh pengetahuan, keterampilan atau sikap.
- b. AECT (*Association Of Education and Communication Technology*, (1977) media adalah segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi /mediator
- c. Heinich, dkk (1982) mengemukakan istilah medium sebagai perantara yang mengantar informasi antara sumber dan penerima. Jadi Tv, film, radio, rekaman, audio, gambar yang diproyeksikan, bahan-bahan cetak dan sejenisnya adalah media komunikasi.
- d. *Education Association* mendefinisikan sebagai benda yang dapat dimanipulasikan, dilihat, didengar, dibaca atau dibicarakan beserta instrument yang dipergunakan dengan baik dalam kegiatan belajar mengajar, dapat mempengaruhi efektifitas program instructional.
- e. Media pembelajaran atau media pendidikan adalah seluruh alat dan bahan yang dapat dipakai untuk media pendidikan seperti: radio, televisi, buku, koran, majalah dan sebagainya (Rossi & Breidle, 1966: 3).
- f. Sarana komunikasi dalam bentuk cetak maupun audio visual, termasuk teknologi perangkat kerasnya (NEA, 1969).
- g. Alat untuk memberikan perangsang bagi siswa supaya terjadi proses belajar (Briggs, 1970).

Dari berbagai pendapat di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya semua pendapat tersebut memposisikan media sebagai suatu alat atau sejenisnya yang dapat dipergunakan sebagai pembawa pesan dalam suatu kegiatan pembelajaran. Pesan yang dimaksud adalah materi pelajaran, dimana keberadaan media tersebut dimaksudkan agar pesan dapat lebih mudah dipahami dan dimengerti oleh siswa. Bila media adalah sumber belajar, maka secara luas media dapat diartikan dengan manusia, benda, ataupun peristiwa yang memungkinkan anak didik memperoleh pengetahuan dan keterampilan (Indrayani, 2020).

9.3 Tujuan dan Penggolongan Media Promosi Kesehatan

a. Tujuan Media Promosi Kesehatan

Ada beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan anatar lain adalah :

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Dapat memperjelas informasi
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
6. Dapat menampilkan obyek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
7. Media dapat Memperlancar komunikasi, dan lain-lain.

b. Penggolongan Media Promosi Kesehatan

Penggolongan media promosi kesehatan ini dapat dapat ditinjau dari berbagai aspek, antar lain:

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaan
 - a) Bahan bacaan : modul, buku rujukan/bacaan, leaflet majalah, buletin, tabloid dan lain-lain.
 - b) Bahan peragaan : poster tunggal, poster seri, flip chart, transparansi, slide, film dll
2. Berdasarkan cara produksi :
 - a) *Media cetak*, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri

terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Contoh : Poster, Leaflet, Brosur, Majalah, Surat Kabar, Lembar Balik, Stiker, Pamflet.

Fungsi Utama media cetak adalah Memberi Informasi dan Menghibur.

Kelebihan dan kelemahan media cetak:

Kelebihan: Tahan lama, Mencakup banyak orang, Biaya tidak terlalu tinggi, Tidak perlu energi listrik, Dapat dibawa kemana-mana, Mempermudah pemahaman, dan Meningkatkan gairah belajar.

Kelemahan : Tidak dapat mensimulasi efek suara dan efek gerak, mudah terlipat.

- b) *Media elektronik* yaitu suatu media bergerak dan dinamis dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Contoh : Televisi, Radio, Film, Kaset, CD, VCD, DVD, Slide Show, CD Interactive, dan lain-lain.

Kelebihan: Sudah dikenal masyarakat, Melibatkan semua panca indra, Lebih mudah dipahami, Lebih menarik karena ada suara & gambar, Bertatap muka penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar/ luas, Sebagai alat diskusi dapat diulang-ulang. Biaya lebih tinggi, Sedikit rumit, Memerlukan energi listrik, Diperlukan alat canggih dalam proses produksi, Perlu persiapan yang matang Peralatan yang selalu berkembang & berubah, Perlu ketrampilan penyimpanan, Perlu ketrampilan dalam pengoperasian.

- c) *Media Luar Ruang* yaitu suatu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronik secara statis. Contoh : Papan Reklame, Spanduk, Pameran, Banner, TV Layar Lebar, dan lain-lain.

Kelebihan: Sebagai informasi umum dan hiburan, Melibatkan semua panca indra, Lebih menarik karena ada suara dan gambar, Adanya tatap muka, Penyajian dapat dikendalikan, Jangkauan relatif lebih luas.

Kelemahan: Biaya lebih tinggi, Sedikit rumit, Ada yang memerlukan listrik dan atau alat canggih, Perlu kesiapan yang matang, Peralatan yang selalu berkembang dan berubah, Perlu ketrampilan penyimpanan.

- d) Media lain, seperti : Iklan di bus, Mengadakan event merupakan suatu bentuk kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung:
- (1) *Road Show*, suatu kegiatan yang diadakan di beberapa tempat / kota.
 - (2) Sampling, contoh produk yang diberikan kepada sasaran secara gratis.
 - (3) Pameran, suatu kegiatan untuk menunjukkan informasi program dan pesan-pesan promosi (Susilowati, 2016).

Pada pelaksanaannya, promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media. Karena melalui media tersebut pesan-pesan kesehatan yang disampaikan menjadi menarik dan mudah dipahami, sehingga sasaran dapat dengan mudah menerima pesan yang disampaikan (Notoatmodjo, 2010).

9.4 Prinsip dan Kriteria Media Promosi Kesehatan

9.4.1 Prinsip Media Promosi Kesehatan

Pada penggunaannya, media promosi kesehatan memiliki beberapa prinsip. Prinsip tersebut diantaranya adalah (Notoatmodjo, 2010):

- a. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima pesan dan informasi kesehatan dari sebuah media, maka semakin tinggi atau jelas dalam memahami pesan yang diterima.
- b. Setiap jenis media yang digunakan sudah pasti memiliki kelemahan dan kelebihan,
- c. Perlu digunakannya berbagai macam variasi media namun tidak perlu berlebihan dalam penggunaannya,
- d. Pengguna media dapat memotivasi sasaran untuk berperan aktif dalam penyampaian informasi atau pesan,

- e. Rencanakan secara matang terlebih sebelum media digunakan atau dikonsumsi oleh sasaran
- f. Hindari penggunaan media sebagai selingan atau pengisi waktu kosong saja, dan
- g. Persiapan yang cukup dalam penggunaan media.

9.4.2 Kriteria Media Promosi Kesehatan

Kriteria media promosi kesehatan antara lain yaitu :

- 1. *Technology*: Ketersediaan teknologi dan mudah menggunakan
- 2. *Access*: Media promosi kesehatan harus mudah diakses oleh sasaran
- 3. *Cost*: Pertimbangan biaya yang digunakan pada media promosi kesehatan
- 4. *Interactivity*: Menimbulkan interaksi oleh pengguna media
- 5. *Organization*: Dukungan organisasi atau instansi
- 6. *Novelty*: Kebaruan media yang digunakan, semakin baru media maka akan semakin menarik (Jatmika, 2019)

9.5 Pengembangan Pesan, Uji Coba dan Produksi Media

Media promosi kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan.

- a. Pengembangan pesan, perlu menggunakan prinsip dan tahapan berikut ini :
 - 1. Pesan adalah terjemahan dari tujuan komunikasi ke dalam ungkapan kata yang sesuai untuk sasaran.
 - 2. Pengembangan pesan memerlukan kemampuan ilmu komunikasi dan seni.
 - 3. Menentukan posisi pesan (*positioning*), yaitu strategi komunikasi untuk memasuki jendela otak konsumen agar produk/perilaku yang diperkenalkan mempunyai arti tertentu. Contoh Posisi Pesan :
 - a) Posyandu Menjaga Anak Sehat Tetap Sehat
 - b) Pokoknya Pake Garam Beryodium agar anak Pintar

- c) Gaya Hidup Sehat Bikin Kamu Tampil Beda
- d) Dengan PIN Anak Indonesia Bebas Polio
- 4. Buatlah konsep pesan yang jelas, spesifik, positif, menarik perhatian, berorientasi pada tindakan dan cocok dengan sasaran. STRUKTUR PESAN sebaiknya menggunakan RUMUS AIDCAA :
 - a) *Attention* (perhatian)
 - b) *Interest* (minat)
 - c) *Desire* (kebutuhan/keinginan)
 - d) *Conviction* (rasa percaya)
 - e) *Action* (tindakan)
 - f) *Approach* (pendekatan)
- b. Bahan yang diuji coba :
 - 1. Uji coba pada tahap konsep; Desain media cetak, *Storyboard*, *Script* radio.
 - 2. Uji coba pada media yang sudah selesai sebagian; Media belum diisi musik untuk TV Spot, Radio Spot.
 - 3. Uji coba media lebih dari satu versi.
 - a) Pelaksanaan Ujicoba Rancangan Media Pada sasaran:
 - (1) Menentukan sasaran.
 - (2) Menyusun instrumen ujicoba.
 - (3) Memilih dan melatih pewawancara.
 - (4) Meminta dukungan petugas dan pemuka setempat.
 - (5) Melaksanakan wawancara di lapangan
 - b) Pelaksanaan dan pemantauan.
 - (1) Pelaksanaan merupakan langkah untuk menerapkan rancangan promosi berikut media yang telah dirancang.
 - (2) Pemantauan dilakukan untuk melihat seberapa jauh media promosi telah diproduksi dan didistribusikan, ditayangkan serta disiarkan.
 - c) Evaluasi untuk Perbaikan Dan Rancang Ulang Produksi.
 - (1) Evaluasi dilakukan untuk mengukur seberapa jauh sasaran telah terpapar pesan, pemahaman pesan dan perubahan tindakan untuk melakukan anjuran pesan.

- (2) Hasil evaluasi juga menjadi dasar untuk perencanaan media berikutnya (Susilowati, 2016)

9.6 Merancang Pengembangan Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan. Untuk hal itu diperlukan langkah-langkah merancang pengembangan media promosi kesehatan sebagai berikut:

1. Menetapkan Tujuan

Tujuannya adalah suatu pernyataan tentang suatu keadaan yang akan dicapai melalui pelaksanaan kegiatan tertentu. Secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan harus;

- a. Realitis, artinya bisa dicapai bukan hanya angan-angan.
- b. Jelas dan dapat diukur.
- c. Apa yang akan diukur.
- d. Siapa sasaran yang akan diukur.
- e. Seberapa banyak perubahan yang akan diukur.
- f. Berapa lama dan di mana pengukuran dilakukan.

Penetapan tujuan adalah sebagai dasar untuk merancang media promosi kesehatan dan dalam merancang evaluasi. Jika tujuan yang ditetapkan tidak jelas dan tidak operasional maka program menjadi tidak fokus dan tidak efektif.

2. Menetapkan Segmentasi Sasaran

Segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya adalah memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya dan memberikan kepuasan pada masing-masing segmen. Dapat juga untuk menentukan ketersediaan, jumlah dan jangkauan produk. Selain itu juga dapat menghitung jenis media dan menempatkan media yang mudah diakses oleh khalayak sasaran. Sebelum media promosi kesehatan diuncurkan hendaknya perlu mengemukakan

data sasaran seperti: (a) data karakteristik perilaku khalayak sasaran, (b) data epidemiologi, (c) data demografi, (d) data geografi, (e) data psikologi.

3. Memilih Media Promosi Kesehatan

Pemilihan media adalah jabaran sauran yang akan digunakan untuk menyampaikan pesan pada khalayak sasaran. Yang perlu diperhatikan di sini adalah:

- a. Pemilihan media yang didasarkan pada selera khalayak sasaran, bukan ada selera pengelola program.
- b. Media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas.
- c. Setiap media akan mempunyai peranan yang berbeda.
- d. Penggunaan beberapa media secara serempak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi dan afektivitas pesan (Notoatmodjo, 2010).

4. Pelaksanaan dan pemantauan

Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan adalah melakukan penyuluhan atau promosi kesehatan dengan menggunakan media tersebut. Kemudian, memantau pendistribusian media apakah sudah sampai ke sasaran, apakah jumlahnya memadai, apakah mudah digunakan atau diakses oleh sasaran. Melalui pemantauan juga dapat diperoleh informasi tentang hambatan dan permasalahan yang ada di lapangan

5. Evaluasi dan Rancang Ulang

Tahap evaluasi dimaksudkan untuk memperoleh informasi tentang hasil/output dan dampak kegiatan promosi kesehatan dengan menggunakan media yang telah didistribusikan. Evaluasi media meliputi pengukuran pengetahuan, sikap atau kepedulian, peran serta, kemampuan berperilaku hidup bersih dan sehat sesuai pesan yang disampaikan dan dukungan sasaran terhadap promosi kesehatan. Melalui evaluasi juga diperoleh informasi tentang pesan yang disukai atau tidak serta tingkat keterpaparan sasaran terhadap media promosi kesehatan yang telah didistribusikan.

Langkah-langkah evaluasi yang dilakukan adalah:

- a. Membuat rencana evaluasi, meliputi tujuan, sasaran, metodologi, petugas pelaksana dan dana.

- b. Membuat instrumen evaluasi.
- c. Melakukan standarisasi petugas pelaksana evaluasi
- d. Melaksanakan kegiatan evaluasi
- e. Melakukan analisa hasil evaluasi
- f. Merumuskan rekomendasi hasil evaluasi

Hasil evaluasi digunakan sebagai bahan untuk melakukan kegiatan rancang ulang media promosi kesehatan yang lebih sesuai lagi (Hulu V.T *et al*, 2020)

9.7 Peran Media dan Pengembangan Informasi Kesehatan

Terkait dengan pengembangan informasi kesehatan, peran Media dalam perspektif kesehatan sangat dibutuhkan baik media cetak maupun media elektronik dalam mensosialisasikan pesan atau informasi kesehatan pada masyarakat. Peran media tentunya membantu mengembangkan informasi kesehatan dan juga sebagai penyampaian kesehatan, contoh terkait trend isu virus Corona (Covid-19) yang lagi marak-maraknya menyebar di seluruh dunia.

Saat penulis berbincang-bincang di kantor Redaksi KoranMalut.co.id, penulis menjelaskan bahwa peran dan pemanfaatan media di era digital ini cukup membantu kita dalam rangka sosialisasi penting pencegahan penyakit, baik pencegahan Covid-19 maupun pencegahan penyakit lainnya.

Mahasiswa maupun dosen, dituntut melaksanakan Tri Darma, selain pendidikan ada juga penelitian dan pengabdian masyarakat. Yang jarang dilakukan adalah pengabdian terhadap masyarakat yaitu sosialisasi terkait informasi kesehatan baik menggunakan media online, cetak maupun media elektronik. Apalagi dalam masa pandemi Covid-19, perlu kita memanfaatkan media sebagai sarana informasi kesehatan.

Untuk media online sendiri, kita dapat mengembangkan atau membagikan informasi/beritanya dengan menshare link/URL di WhatsAap, Facebook, dan media sosial (medsos) lainnya atau bisa juga memasukan atau menyimpan pada akun *Google Scholar* (contoh Akun *Google Scholar* Penulis: <https://scholar.google.co.id/citations?user=INVzydcAAAAJ&hl=id>)

Dengan begitu, sehingga berita atau informasi tersebut dapat bertahan lama, banyak orang lebih tahu dan mengakses informasi jauh lebih mudah.

Jadi pemanfaatan media itu sangat penting. Artinya bahwa, kita melakukan penyuluhan lewat media juga disebut dalam ilmu advokasi kesehatan, yang dikenal advokasi media. Advokasi adalah dukungan bagaimana supaya informasi itu sampai kepada masyarakat harus memerlukan peran media. Dan media itu pun harus media yang sudah populer atau dikenal banyak orang sehingga aspirasi atau informasi yang kita sampaikan tepat pada sasaran.

Oleh karena itu menurut penulis, mahasiswa maupun dosen harus banyak memberikan sosialisasi menggunakan media agar bisa dikonsumsi oleh masyarakat luas. Karena kalau kita hanya mengajar di kelas saja tanpa kita mengekspos ke masyarakat luas yang berada diluar kampus, itu belum cukup. Contoh seperti di masa pandemi covid-19 ada masyarakat Maluku Utara yang berasumsi bahwa telur bisa menghilangkan Corona (Covid-19) yang informasinya tersebar di media sosial (facebook).

Selain itu ada juga yang mempercayai bahwa irisan bawang merah yang diletakkan dalam mangkok berisi air dapat menghirup virus. Namun menurut penulis itu adalah pemikiran yang salah atau keliru, dan ketika penulis diundang di RRI Ternate (Gambar 9.1) dalam rangka memberikan kuliah online dengan tema *"Memilih Media dalam komunikasi Kesehatan (Dimasa Darurat COVID-19)"* di saat itu Penulis sekalian meluruskan atau memberikan informasi yang tak masuk akal atau yang kurang sesuai fakta itu. Walaupun sasarannya khusus pada mahasiswa Semester II Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas uhammadiah Maluku Utara (UMMU), Namun ketika kita menyampaikan melalui media (Radio), maka semua masyarakat bisa tahu ketika disaat itu mereka lagi mendengar informasi melalui radio (Ramli, 2021).



Gambar 9.1 : Memberikan Kuliah Online di RRI Ternate
Sumber: Dokumentasi Penulis

Dalam pemberian informasi kesehatan selain kita menggunakan media radio, kita juga dapat memanfaatkan media YouTube dalam menyampaikan dan membagikan informasi kesehatan pada masyarakat. Seperti contoh YouTube yang dibuat oleh penulis sebagaimana terlihat pada Gambar 9.2 di bawah ini:



Gambar 9.2 : Channel YouTube RAMLI PROMKES
Sumber: <https://www.youtube.com/channel/UCJ7re8hv-n6qhqaHRoRSC-Q>

Selain Pengembangan media YouTube yang kita buat sendiri sebagai sarana/media penyampaian informasi kesehatan, kita juga dapat memanfaatkan media YouTube dari pihak lain dalam penyampaian pesan-pesan atau penyebarluasan informasi kesehatan kepada masyarakat. Sebagai contoh penulis diundang oleh pihak YouTube: *Comedo project*, dalam memberikan informasi terkait Pencegahan Covid-19 dengan Herbal, sebagaimana terlihat pada Gambar 9.3 sebagai berikut:



Gambar 9.3 : Podcast Kesehatan: Pengobatan COVID-19 Secara Tradisional

Sumber: https://www.youtube.com/watch?v=c65e_L3RuY0&t=8s

Dengan memanfaatkan berbagai media promosi kesehatan maka dengan mudahnya kita dapat memberikan informasi-informasi kesehatan kepada masyarakat luas sehingga dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat serta terjadinya perubahan perilaku hidup sehat. Hal ini sebagaimana Notoatmodjo (2010) mendefinisikan Media Promosi Kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika (TV, Radio, komputer dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilaku ke arah positif di bidang kesehatan (Jatmika, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Comedo Project. 2021. *Podcast Kesehatan: Pengobatan COVID 19 Secara Tradisional*. Available: https://www.youtube.com/watch?v=c65e_L3RuY0&t=8s
- Hulu V.T et al. 2020. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Human Excellence Power Institute (HEPi) Malang. (2017). *Pengembangan Pesan dan Media Promkes*. Jawa Timu.
- Indrayani, T. S. 2020. *Promosi Kesehatan Untuk Bidan*. Banten: CV. AA Rizky.
- Jatmika, S. M. 2019. *Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit K-Media.
- Notoatmodjo, S. 2. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Ramli. 2021. *Peran Media dan Pengembangan Informasi Kesehatan*. Availabe at: <https://www.koranmalut.co.id/2021/03/peran-media-dan-pengembangan-informasi.html>.
- Ramli. 2020. *Channel YouTube RAMLI PROMKES*. Availabe at: <https://www.youtube.com/channel/UCJ7re8hv-n6qhqaHRoRSC-Q>
- Ramli. 2022. *Akun Google Scholar Penulis*. Availabe at: <https://scholar.google.co.id/citations?user=INVzydcAAAAJ&hl=id>
- Susilowati, D. 2016. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 10

PROMOSI KESEHATAN PADA BERBAGAI SETTING

Oleh Frisca Rahmadina

10.1 Keluarga

Promosi kesehatan keluarga merupakan dasar untuk promosi kesehatan. Hal ini dikarenakan, pada semua usia, dari bayi hingga masa kanak-kanak, kita hidup bersama orang lain yang dapat memenuhi kebutuhan dasar kita, membimbing, dan juga memelihara kita di sepanjang perjalanan hidup kita. Maka itu keluarga menjadi lingkungan utama yang pertama kali akan memperkenalkan gaya hidup sehat dan bersih kepada anggota keluarganya, yang biasanya dicontohkan oleh orangtua kepada anak-anak. Pola hidup sehat dan bersih ini memang harus dicontohkan sedini mungkin kepada anak-anak untuk membiasakan mereka sekaligus menghindari atau mencegah masalah kesehatan yang mungkin terjadi.

Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencanangkan sebuah Gerakan yang kemudian disebut sebagai GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). Gerakan ini lahir untuk membantu mengembangkan pola perilaku hidup bersih dan sehat, hidup di dalam lingkungan yang sehat, dan menyadari akan pentingnya menjaga kesehatan yang dapat dimulai dari komunitas terkecil, yaitu keluarga. Terdapat beberapa kegiatan promosi kesehatan di lingkungan keluarga yang dapat dipraktikkan yang digolongkan ke dalam promosi GERMAS, diantaranya (Kemenkes RI, 2016):

1. Konsumsi buah dan sayur

Mengonsumsi makanan seperti buah-buahan dan sayur-sayuran akan lebih sehat dan bermanfaat untuk kesehatan fisik. Namun banyak orang cenderung lebih memilih untuk mengonsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat. Makanan-makanan seperti gorengan dan minuman bersoda

atau yang terlalu berwarna umumnya memiliki dampak yang buruk bagi kesehatan. Oleh karena itu, GERMAS merekomendasikan untuk mengkonsumsi makanan seperti buah dan sayuran sebagai prioritas.

2. Menjaga kebersihan lingkungan

Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas lingkungan adalah dengan menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal. Misalnya, dengan melakukan pengelolaan sampah di rumah. Selain itu, dapat juga dengan menghilangkan keberadaan jentik dan nyamuk yang dapat berkembang biak di dalam rumah agar dapat mencegah risiko penyakit berbasis vektor.

3. Tidak mengkonsumsi minuman beralkohol

Berhenti mengkonsumsi minuman beralkohol dapat menimbulkan efek pada kesehatan seseorang. Karena konsumsi minuman beralkohol memiliki efek buruk yang mungkin sama dengan merokok apalagi jika dikonsumsi secara konsisten atau rutin. Bahkan tidak hanya berdampak buruk pada kesehatan tetapi juga efek sosial pada orang-orang di sekitarnya. Karena seringkali, orang yang mengkonsumsi alkohol kehilangan kendali diri sehingga dapat merugikan orang-orang di sekitarnya.

4. Menggunakan jamban sehat

Jamban merupakan sarana pembuangan kotoran/sampah manusia, Fasilitas ini harus tersedia di dalam rumah, minimal satu jamban sehat. Karena aktivitas pembuangan kotoran manusia di luar jamban akan dapat meningkatkan risiko penularan penyakit. Bahkan tidak hanya berdampak buruk bagi kesehatan tetapi juga berdampak pada penurunan kualitas lingkungan.

5. Aktif melakukan aktivitas fisik

Aktivitas fisik atau berolahraga merupakan salah satu hal yang diutamakan untuk dapat meningkatkan kesehatan individu. Setidaknya harus dilakukan secara konsisten setiap hari mengingat perilaku kehidupan modern, di mana banyak orang sangat minim kesadarannya untuk melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara rutin. .

6. Larangan merokok di dalam rumah

Merokok merupakan kebiasaan yang dapat memberikan dampak yang buruk terhadap kesehatan manusia, tidak hanya pada perokok aktif tetapi juga perokok pasif. Oleh karena itu, jika seseorang dapat menghentikan kebiasaan merokok, tentu akan berpengaruh pada kualitas kesehatan. Maka itu, ini menjadi bagian penting dari gerakan hidup sehat. Hal ini tentu saja tidak hanya berdampak positif terhadap diri perokok tetapi juga orang-orang di sekitarnya.

7. Melakukan pengecekan kesehatan secara berkala

Mengecek pemeriksaan kesehatan secara rutin tidak hanya pada saat kunjungan ke pelayanan kesehatan, seperti puskesmas atau rumah sakit. Terdapat beberapa jenis cek kesehatan berkala yang memungkinkan untuk dilakukan di rumah, misalnya mengukur berat badan dan tinggi badan. Ini membantu agar bisa mendapatkan nilai Indeks Massa Tubuh (IMT). Nilai ini digunakan untuk mengklasifikasikan apakah seseorang berada pada berat badan dan tinggi badan yang ideal ataukah malah berisiko terkena penyakit tidak menular.

GERMAS atau Gerakan Kesehatan Masyarakat merupakan sebuah gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan budaya hidup sehat dan meninggalkan kebiasaan dan perilaku masyarakat yang tidak sehat (Kemenkes RI, 2016). Pelaksanaan GERMAS di lingkungan keluarga sangatlah penting. Karena ini adalah hal mendasar maka itu, GERMAS harus diterapkan mulai dari komunitas paling terkecil, yaitu keluarga. Dari keluargalah, kepribadian individu mulai terbentuk dan mempengaruhi adopsi individu terhadap kebiasaan gaya hidup sehat. Adapun manfaat yang didapatkan setelah menerapkan GERMAS di lingkungan keluarga, yaitu (Kemenkes RI, 2016):

1. Kesehatan terjaga
2. Produktif
3. Lingkungan bersih
4. Biaya berobat berkurang

Di masa pandemi COVID-19 ini, GERMAS dipraktikkan di lingkungan keluarga melalui beberapa cara sebagai berikut untuk mencegah dan menjaga diri dari *Coronavirus* (Kemenkes RI, 2020):

1. Makan makanan yang bergizi seimbang
2. Rajin olahraga dan istirahat yang cukup
3. Jaga kebersihan lingkungan rumah
4. Tidak merokok
5. Minum air putih 8 gelas per hari
6. Makan makanan yang dimasak secara sempurna dan jangan makan dari hewan yang berpotensi menularkan
7. Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir
8. Gunakan masker bila batuk atau tutup mulut dengan lengan atas bagian dalam
9. Jangan lupa berdoa

10.2 Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)

Kesehatan anak sangat penting untuk diperhatikan sejak dini bahkan dimulai dari dalam kandungan. Hal itu dikarenakan kesehatan memiliki dampak yang sangat besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Selain itu, anak-anak yang berusia di bawah dari usia enam tahun memiliki ingatan yang baik, dan jika pada usia tersebut sudah ditanamkan kebiasaan hidup yang sehat, nantinya mereka akan dapat mengingat dan mempraktikkan di dalam kehidupan sehari-hari. Maka itu, promosi kesehatan juga sangat diperlukan untuk diterapkan di lingkungan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Adapun unsur-unsur promosi kesehatan yang dapat diterapkan di PAUD, yaitu:

1. Pengecekan status kesehatan anak sebelum memasuki PAUD, misalnya riwayat kesehatan dan imunisasi.
2. Staf dan juga pimpinan PAUD dapat memberikan pengajaran dan contoh bagaimana mempraktikkan perilaku hidup yang sehat dan bersih, misalnya cuci tangan pakai sabun, gosok gigi, dan pakai masker pada era pandemi COVID-19 ini.
3. Menyediakan makanan yang sehat dan bergizi.
4. Pemeriksaan kesehatan secara berkala juga harus dilakukan, misalnya kesehatan mata, kesehatan pendengaran, pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lainnya.

5. Aktivitas fisik ringan seperti dengan penyelenggaraan senam mingguan atau bulanan.

10.3 Sekolah

Sekolah, baik sekolah dasar (SD/MI), sekolah menengah pertama (SMP/MT) maupun sekolah menengah atas (SMA/MA), menjadi tempat yang penting dalam mempromosikan kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan anak-anak dan juga remaja. Mendukung sekolah dalam mempromosikan kesehatan sekaligus membangun pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan anak-anak dan remaja memberikan banyak manfaat tidak hanya bagi siswa, tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa promosi kesehatan di sekolah juga dapat meningkatkan prestasi akademik, kehadiran, dan retensi siswa di sekolah (Ian, Gay and Vivian, 2006; Hung *et al.*, 2014).

Adapun usaha-usaha pokok dalam promosi kesehatan sekolah adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

1. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat
Lingkungan sekolah yang sehat tidak hanya mencakup bangunan fisik tetapi juga lingkungan mental-sosial. Lingkungan mental-sosial ini tentu akan berpengaruh pada proses perkembangan dan pembelajaran anak. Lingkungan ini akan berimbang apabila terjadi hubungan yang harmonis dan kondusif di antara komponen masyarakat, dan juga sekolah. Hasilnya tentu akan menjamin terjadinya pertumbuhan dan perkembangan anak dengan baik, termasuk kemampuan mereka untuk dapat berperilaku hidup sehat.
2. Pendidikan kesehatan
Mendidik anak sekolah untuk bertanggung jawab atas kesehatan diri sendiri dan lingkungan sehingga dapat menumbuhkan perilaku hidup sehat. Selain itu, mereka harus ikut serta dan aktif dalam usaha-usaha kesehatan di dalam sekolah.

Salah satu program promosi kesehatan sekolah yang dikembangkan oleh Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat adalah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Namun pada

tahun 1990-an, di tingkat internasional, organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) mendeklarasikan *Health Promoting School* atau diterjemahkan sebagai Sekolah yang Mempromosikan Kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan sekolah memiliki enam komponen, yaitu:

1. Dukungan dan pelibatan pemimpin sekolah, staf, guru, orangtua, tokoh-tokoh masyarakat yang berkomitmen dalam upaya promosi kesehatan di sekolah.
2. Menjamin lingkungan yang sehat dan aman, baik fisik maupun psikososial. Penggunaan bangunan sekolah dan batasan waktu penggunaan baik setelah jam pelajaran sekolah selesai atau pun saat libur sekolah untuk mendukung program ekstrakurikuler, seperti olahraga. Selain itu, perlu disediakan makanan sehat di kantin sekolah.
3. Penyelenggaraan pendidikan kesehatan berbasis kecakapan siswa yang efektif. Hadirnya bimbingan dan dukungan dari pendampingan guru juga akan memperkuat kebiasaan berperilaku sehat sepanjang hari. Kurikulum yang dibuat harus mampu meningkatkan sikap dan perilaku siswa ke arah yang positif terhadap kesehatan. Selain itu, kurikulum itu juga harus dapat mengembangkan berbagai kecakapan hidup yang tidak hanya mendukung kesehatan fisik siswa tetapi juga mental dan sosial mereka.
4. Penyediaan akses terhadap pelayanan medis. Selain fasilitas seperti ruang kesehatan, perlu ada tim perawatan kesehatan juga untuk memastikan bahwa siswa telah diperiksa secara sesuai dan telah diidentifikasi untuk tindak lanjut berdasarkan riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan tes fisik, dan sebagainya. Selain itu, perlu juga bekerja sama dengan Puskesmas setempat.
5. Pelaksanaan kebijakan sekolah dan kegiatan penunjang kesehatan. Kebijakan tersebut harus didukung oleh staf sekolah, termasuk pelaksanaan proses pembelajaran. Perlu juga diterapkan kebijakan-kebijakan untuk mencegah penggunaan rokok, penyalahgunaan narkoba dan alkohol, pencegahan kekerasan ataupun pelecehan harus diterapkan.
6. Upaya peningkatan kesehatan masyarakat secara penuh. Hal ini juga termasuk memperhatikan adanya masalah kesehatan

masyarakat yang muncul di sekitar lingkungan sekolah. Selain itu, adanya upaya sekolah untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat tersebut.

10.4 Universitas

Promosi kesehatan di universitas dapat menjadi salah satu upaya promosi kesehatan. Selain itu, kampus merupakan tempat pendidikan bagi generasi muda dan tempat berkumpulnya orang-orang di usia yang produktif. Kementerian Kesehatan telah mengembangkan sebuah metode inovatif untuk merampingkan pencegahan dan pengendalian kampus. Salah satunya dicapai melalui kampus, yaitu dengan dikembangkannya program kampus sehat. Program ini terutama ditujukan untuk kaum muda yang berada di usia produktif dan dapat menjadi wahana bagi semua orang untuk mendapatkan kesehatan yang terus terpelihara dengan baik.

Terdapat beberapa pilar dalam penerapan kampus sehat, yaitu:

1. Menetapkan kebijakan yang mendukung kesehatan
Adanya kebijakan yang mendukung kesehatan akan melatih mahasiswa maupun dosen dan staf di lingkungan kampus akan terbiasa untuk menerapkan perilaku hidup sehat. Ada banyak pedoman yang dapat digunakan oleh kampus dalam mengembangkan program kesehatan manusia, salah satunya adalah dengan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang dilakukan sangat sederhana, misalnya berjalan kaki. Tentunya untuk mendukung hal tersebut, perlu adanya pembangunan yang memadai, misalnya pihak kampus membuat tempat parkir kampus yang jaraknya agak jauh dari gedung belajar dan mengajar. Hal ini tentu akan membiasakan diri mahasiswa maupun dosen dan staf untuk berjalan kaki sehingga sangat efektif untuk promosi kesehatan.
2. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang komprehensif
Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu pilar yang sangat penting untuk penerapan kampus sehat. Penyediaan fasilitas ini akan meningkatkan program kesehatan kampus. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan ini juga

harus ditujukan tidak hanya pada kuratif namun harus lebih berfokus pada preventif. Pencegahan dan penanganan yang lebih tanggap dan efektif akan membantu terciptanya kesehatan yang lebih baik dan maksimal. Pencegahan dan penanganan penyakit dapat dilakukan, misalnya dengan mengukur berat badan, tekanan darah, dan sebagainya.

3. Mengupayakan perubahan perilaku

Pilar terakhir untuk mewujudkan kampus yang sehat adalah mengupayakan perubahan perilaku. Perubahan yang dimaksud tidak hanya terfokus pada pihak-pihak tertentu tetapi juga pada perkembangan yang dilakukan. Perubahan perilaku ini tidak hanya difokuskan pada mahasiswa tetapi juga dosen, staf, jajaran penting kampus lainnya. Upaya perubahan perilaku ini dilakukan untuk pencegahan dini risiko penyakit. Selain itu, universitas dapat menjadi media yang bertanggung jawab untuk mentransformasikan sektor kesehatan. Kampus yang sehat dapat menjadi panutan bagi masyarakat untuk menerapkan kebiasaan hidup sehat, dan diharapkan dapat menghasilkan generasi yang sehat dan berkualitas di masa yang akan datang.

10.5 Tempat Kerja

Promosi kesehatan di tempat kerja adalah hal yang sangat penting. Karena ini adalah bentuk upaya untuk melindungi pekerja maupun lingkungan (baik di dalam dan di luar tempat kerja) dari bahaya dan risiko yang ada di lingkungan tempat kerja. Selain itu, dengan diterapkannya promosi kesehatan di tempat kerja, tentu saja akan mempengaruhi pekerja untuk memelihara dan mempertahankan gaya hidup sehat. Selain itu, pekerja dapat didorong untuk melakukan aktivitas fisik dan melakukan kebiasaan berolahraga secara teratur. Sehingga pada akhirnya, promosi kesehatan di tempat kerja yang dapat menciptakan tenaga kerja dan tempat kerja yang sehat, serta mendukung pertumbuhan ekonomi dan sosial di tempat kerja.

Penerapan promosi kesehatan di tempat kerja tentu saja akan menguntungkan perusahaan/organisasi dan juga

pekerja/karyawan. Adapun keuntungan promosi kesehatan di tempat kerja bagi perusahaan meliputi:

1. Menumbuhkan lingkungan tempat kerja yang sehat, aman, dan nyaman.
2. Menjaga citra perusahaan yang positif.
3. Meningkatkan produktivitas perusahaan.
4. Mengurangi biaya medis atau biaya asuransi.

Berikut adalah keuntungan promosi kesehatan di tempat kerja bagi pekerja, antara lain:

1. Lingkungan tempat kerja menjadi lebih sehat.
2. Memperkuat kepercayaan diri karyawan.
3. Menurunnya/mencegah terjadinya stress pekerja.
4. Meningkatkan semangat kerja.
5. Meningkatnya keterampilan pekerja.
6. Meningkatnya kesehatan pekerja dan mencegah risiko terhadap penyakit.

Adapun karakteristik promosi kesehatan di tempat kerja, yaitu:

1. Adanya dukungan dari pimpinan organisasi atau perusahaan dalam memantau perkembangan kesehatan karyawan, adanya alokasi dana, ruang, dan sumber daya lainnya untuk melaksanakan promosi kesehatan yang efektif dan efisien, Adanya dukungan ini sangat penting sekali termasuk masalah komitmen untuk melaksanakan program promosi kesehatan.
2. Pengembangan gaya hidup sehat yang mempromosikan kesehatan yang dapat meminimalkan atau mengurangi risiko kesehatan di tempat kerja terkait pekerjaan.
3. Peluang untuk berpartisipasi dalam program kesehatan, misalnya olahraga, konseling gizi, manajemen stress, dan program penghentian merokok.
4. Adanya sistem penilaian kesehatan dan konseling kesehatan untuk memastikan program yang ditargetkan dilaksanakan sehingga hasil yang dapat diukur untuk memeriksa status kesehatan para pekerja dapat diukur.

Selain itu, terdapat beberapa program promosi kesehatan yang telah diterapkan oleh organisasi maupun perusahaan, misalnya:

1. *One day one fruit*

Tujuan dari program ini adalah mempromosikan gaya hidup sehat dengan memakan buah-buahan. Camilan yang tidak sehat diganti dengan buah-buahan yang lebih sehat.

2. Senam

Senam merupakan aktivitas fisik yang biasanya dilakukan oleh perusahaan atau organisasi. Biasanya kegiatan ini dilakukan setiap satu minggu sekali di hari Jumat. Biasanya kegiatan ini dipimpin oleh instruktur yang mumpuni agar terhindar dari risiko kerusakan otot.

3. *Fitness at work*

Contoh program ini begitu sederhana, misalnya dengan berjalan kaki. Perusahaan atau organisasi dapat mendorong pekerja untuk lebih banyak bergerak/berolahraga. Salah satunya adalah dengan menempatkan beberapa barang agak jauh dari meja kerja, misalnya printer maupun mesin fotokopi. Selain itu, dapat juga dengan membiasakan pekerja untuk menggunakan tangga alih-alih *lift* untuk akses naik-turun lantai.

10.6 Tempat-Tempat Umum

Tempat-tempat umum adalah fasilitas yang dapat digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat, misalnya sarana pariwisata, tempat ibadah, transportasi, perdagangan, olahraga, dan sebagainya. Promosi kesehatan di sarana ibadah masih cukup mining hingga saat ini. Padahal, sarana ibadah dapat menjadi media yang baik untuk memberikan pemahaman mengenai kesehatan dan berperilaku hidup sehat pada jamaah maupun pengunjung. Kementerian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan di daerah tertentu dapat bekerja sama dengan pengurus masjid, mushola atau gereja, dan tempat ibadah lainnya untuk menyiarkan materi-materi promosi kesehatan pada jam-jam tertentu melalui pengeras suara. Selain itu, materi-materi promosi kesehatan dimungkinkan

untuk diselipkan dalam kegiatan ceramah atau pendidikan Quran untuk anak-anak yang sering dilakukan di masjid.

Saat ini, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta diketahui telah bekerja sama dengan masjid-masjid dan mushola-mushola yang ada di Kota Yogyakarta untuk promosi kesehatan. Materi promosi kesehatan tersebut dapat berupa pola hidup bersih, diare, demam berdarah, kesehatan lingkungan, dan sebagainya. Tujuan promosi kesehatan di sarana ibadah tentu diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk selalu menjaga kesehatan dan juga lingkungan terutama diri sendiri, keluarga, dan rumah tempat tinggal.

Pada masa pandemi, Menteri Kesehatan mengeluarkan protokol kesehatan di tempat umum, yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020, yang salah satunya mengatur mengenai protokol kesehatan di rumah ibadah, yang berlaku baik bagi pengelola dan juga jamaahnya. Melalui protokol tersebut, pengelola rumah ibadah diminta untuk mengatur jumlah jamaah yang masuk ke rumah ibadah (misalnya, untuk jam-jam tertentu saat solat atau kegiatan ibadah dilaksanakan). Selain itu, pengaturan jarak antar jamaah (minimal satu meter) yang dapat dilakukan dengan memberikan tanda khusus ditempatkan di lantai atau kursi rumah ibadah (untuk gereja, dan mungkin rumah ibadah lainnya). Perlu juga promosi kesehatan mengenai pemakaian masker dan menjaga kebersihan di setiap rumah ibadah.

Selain sarana ibadah, terminal juga dapat menjadi media promosi kesehatan. Salah satu terminal yang dijadikan percontohan terminal sehat oleh Kementerian Kesehatan adalah Terminal Penumpang Tirtonadi. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada pengemudi tetapi juga penumpang dan staf di terminal. Para pengemudi memiliki peran yang paling utama dalam sektor ini karena mereka menjadi penentu keamanan dan keselamatan para penumpang di dalam bus. Jadi tugasnya tidak hanya mengemudikan bus juga. Sehingga bentuk promosi kesehatan yang dapat diterapkan bagi pengemudi bus misalnya dengan pengecekan kesehatan secara rutin, misalnya pemeriksaan hipertensi, gula darah, amphetamine, dan alkohol. Dengan adanya promosi kesehatan di terminal, para pengemudi bus diharapkan

dapat lebih sadar akan kesehatan diri serta dapat menerapkan pola hidup sehat dalam kesehariannya. Hal ini juga akan berdampak pada keamanan dan kenyamanan bagi para penumpang. Selain itu, promosi kesehatan di terminal juga perlu didukung dengan bangunan fisik, misalnya penyediaan ruang laktasi, kantin bersih, penyediaan air bersih, ruang pelayanan kesehatan, dan armada bus yang sudah memenuhi standar uji kelayakan. Perlu juga dilakukan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) tidak hanya di terminal tetapi juga di stasiun kereta api, pelabuhan maupun bandar udara.

Tidak hanya terminal, promosi kesehatan juga dilakukan di stasiun kereta api, pelabuhan, dan juga bandar udara. Penerapan promosi kesehatan di tempat-tempat umum tersebut juga hampir sama. Tentunya perlu ada dukungan dari pengelola sarana tempat-tempat umum tersebut. Kebijakan yang mendukung promosi kesehatan juga harus diterapkan, misalnya pengecekan rutin kesehatan staf, pengemudi, pilot, masinis, maupun staf-staf lainnya.

Namun pada masa pandemi COVID-19, masing-masing tempat-tempat umum (stasiun kereta api, pelabuhan, dan juga bandar udara) menerapkan beberapa kebijakan berdasarkan Surat Edaran Menteri BUMN No: SE-1/MBU/03/2020 tentang kewaspadaan terhadap penyebaran *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19). Masing-masing pengelola tempat-tempat umum tersebut menempatkan petugas untuk pengecekan suhu badan. Selain itu, kebersihan sarana dan fasilitas-fasilitas yang ada sangat dijaga. Selain itu juga, dilakukan juga penyemprotan desinfektan menggunakan biosanitizer ke kursi, pagar, papan, dan fasilitas penumpang lainnya di berbagai sudut. *Hand sanitizer* juga disediakan di area sekitar tempat menunggu penumpang dan lokasi strategis lainnya, untuk menjaga agar penumpang tetap dalam keadaan bersih. Hal ini tentu saja akan berguna untuk mencegah penularan COVID-19.

Selain itu, disediakan juga ruang isolasi sementara pada penumpang atau staf yang diduga terinfeksi COVID-19. Pihak pengelola tempat-tempat umum tersebut juga menyiapkan tim medis yang bertugas di pos kesehatan. Para petugas pengelola juga siap membantu proses rujukan ke sejumlah rumah sakit jika dibutuhkan oleh pasien terduga terinfeksi COVID-19. Promosi kesehatan mengenai bahaya virus corona serta cara

pencegahannya, juga diterapkan seperti melalui tayangan video singkat, pemasangan spanduk, dan *standing banner*. Selain itu, himbauan pemakaian masker juga dilakukan sebagai salah satu bentuk promosi kesehatan.

Mall/supermarket/swalayan dapat menjadi salah satu perantara dalam penularan penyakit. Jika tidak terpelihara dengan baik, maka akan menambah besarnya risiko penyebaran penyakit sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan. Salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan promosi kesehatan. Promosi kesehatan di mall/supermarket/swalayan harus didukung oleh sarana aksi yang menjadi dasar dari pelaksanaan promosi kesehatan. Sama seperti tempat-tempat umum lainnya, perlu dukungan dan komitmen dari puncak kepemimpinan pengelola, staf hingga pengunjung dalam penerapan promosi kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang diterapkan juga harus mengarah pada promosi kesehatan yang didukung penyediaan sarana atau pun sumber daya manusia.

Penyediaan sarana dan fasilitas kesehatan di mall/supermarket/swalayan dapat mendukung program pelaksanaan promosi kesehatan, misalnya dengan fasilitas ruang ibu menyusui, ruang kesehatan, dan sebagainya yang juga didukung dengan petugas kesehatan yang berjaga jika memungkinkan. Selain itu, dapat juga dengan menyebarkan informasi kesehatan dengan memasang *billboard*, poster, *banner* di tempat-tempat yang strategis, pembagian selebaran (*leaflet*), serta jika memungkinkan menyelenggarakan seminar atau *talk show* dengan mengundang figur publik untuk menjadi narasumber. Selain itu juga informasi mengenai kesehatan dapat dikomunikasikan atau diinformasikan melalui media visual, audio maupun audiovisual yang dapat diakses oleh pengunjung. Perlu juga dimuat tulisan larangan merokok di ruangan-ruangan tertutup di mall/supermarket/swalayan. Pada masa pandemi COVID-19, perlu diterapkan protokol kesehatan dan juga penyediaan fasilitas untuk cuci tangan maupun *hand sanitizer*.

Hampir sama dengan mall/supermarket/swalayan, penerapan promosi kesehatan di pasar tradisional juga perlu diterapkan. Diawali dengan dukungan dan komitmen dari pengelola, pedagang hingga pengunjung/pembeli. Selain itu,

informasi kesehatan dapat ditempatkan di area-area strategis melalui penggunaan berbagai poster atau selebaran yang dapat dibagikan. Dapat juga dengan penyediaan fasilitas tempat cuci tangan. Penyediaan fasilitas *smoking area* di pasar tradisional juga perlu diperhatikan. Karena belum banyak pasar tradisional yang menyediakan fasilitas tersebut. Fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan untuk mengecek kesehatan staf, pedagang maupun pembeli juga diperlukan. Untuk penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan kerja sama dengan Dinas Kesehatan atau puskesmas setempat. Dengan adanya fasilitas tersebut diharapkan dapat meningkatkan kesadaran atas perilaku hidup bersih dan sehat.

Saat ini, pemerintah telah berusaha mewujudkan agar pasar tradisional bisa menjadi pasar sehat dengan dikeluarkannya aturan mengenai pasar sehat, yaitu Peraturan Presiden Nomor 112 tahun 2007 tentang Penataan dan Pembinaan Pasar Tradisional Pusat Perbelanjaan dan Toko Modern dan juga Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 519 tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pasar Sehat. Pasar sehat ini diharapkan dapat bersih, aman, nyaman, dan sehat yang terwujud melalui kerjasama seluruh *stakeholder* (pengelola maupun dinas setempat).

Penerapan promosi kesehatan di sarana penginapan seperti hotel juga hampir sama dengan tempat-tempat umum lainnya. Harus ada komitmen dari pengelola hotel hingga pengunjung hotel. Penerapan protokol kesehatan di masa pandemi COVID-19 perlu diterapkan secara ketat di hotel agar tak menjadi tempat penularan virus corona. Selain itu, ketersediaan sarana dan prasarana untuk meningkatkan kesehatan tubuh seperti *fitness center*, *fit trail*, dan *jogging track*, Fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan juga perlu disiagakan di hotel.

Yang termasuk tempat-tempat umum lain, yaitu tempat wisata. Penerapan promosi kesehatan di tempat wisata juga sama. Pemimpin dan juga pengelola tempat wisata harus mendukung dan berkomitmen untuk menjadikan tempat wisata aman, nyaman, dan sehat untuk dikunjungi. Perlu juga dibuat kebijakan yang mendukung promosi kesehatan misalnya, kebijakan PHBS atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di tempat wisata. Adapun strategi lain dalam penerapan promosi kesehatan, yaitu:

1. Penerapan kebijakan kesehatan
Penerapan kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan misalnya dengan menetapkan penanggung jawab (sumber daya) terhadap penerapan kebijakan tersebut.
2. Menyediakan infrastruktur/sarana dan prasarana yang mendukung promosi kesehatan
Tidak hanya berupa bangunan fisik (ruang menyusui, ruang kesehatan, fasilitas cuci tangan, air bersih, tempat sampah, jamban sehat, dan sebagainya) tetapi juga materi sosialisasi promosi kesehatan,

10.7 Pelayanan Kesehatan

Promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan mengacu pada pengertian promosi kesehatan yang tercantum di dalam piagam Ottawa kemudian diperbaharui di WHO (*World Health Organization*), yaitu proses pemberdayaan masyarakat yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan agar dapat meningkatkan derajat kesehatannya (WHO, 1986). Promosi kesehatan perlu dilakukan di pelayanan kesehatan. Hal ini tentu akan berguna untuk memberikan informasi bagi masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan baik pada tingkat individu maupun masyarakat.

Puskesmas atau Pusat kesehatan masyarakat adalah layanan kesehatan primer yang dapat menjangkau hingga ke masyarakat terbawah. Terdapat beberapa layanan esensial di puskesmas, misalnya pelayanan kesehatan ibu dan anak, seperti imunisasi, layanan ibu hamil. Selain itu, ada juga pelayanan penyakit menular seperti HIV dan TB, serta pengobatan rutin untuk penyandang hipertensi atau diabetes. Adapun promosi kesehatan di puskesmas merupakan upaya puskesmas untuk memberdayakan masyarakat dalam mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan setiap individu, keluarga, dan juga lingkungan.

Pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di puskesmas telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Puskesmas. Adapun kegiatan promosi kesehatan di

puskesmas telah dicontohkan dan tercantum di dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, yang terdiri atas 4 (empat) kegiatan utama, yaitu:

1. Penyuluhan

Contoh kegiatan penyuluhan yang dilakukan di puskesmas, misalnya penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat dan napza, konseling kesehatan reproduksi pada kelompok anak remaja, dan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut pada ibu hamil, anak balita, anak, remaja, dewasa hingga lansia.

2. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan yang dimaksud ditujukan pada individu, keluarga, dan masyarakat dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat. Contoh promosi kesehatan terhadap individu adalah pelayanan yang ditujukan pada ibu yang telah mendapatkan pelayanan pengobatan untuk anak balitanya. Kemudian disampaikan tentang manfaat menimbang anak balita secara berkala, diajarkan mengenai mencatat dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS).

3. Pelatihan

Pelatihan ini lebih berfokus pada staf atau kader puskesmas untuk dapat menguasai materi-materi promosi kesehatan.

4. Advokasi

Advokasi misalnya advokasi tokoh masyarakat dalam membentuk kelompok swabantu terkait perawatan masalah gizi.

Selain promosi kesehatan di puskesmas, promosi kesehatan juga dapat diterapkan di rumah sakit. Sebelumnya, promosi kesehatan di rumah sakit disebut Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PRKS). Namun kini telah berganti nama menjadi *Health Promoting Hospital*. Tujuan dari promosi kesehatan ini tentu saja untuk meningkatkan kemampuan pasien, keluarganya, dan masyarakat umum sehingga mereka (khususnya pasien) dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya. Selain itu, juga dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya-upaya kesehatan. Semua itu dilakukan melalui pembelajaran yang disesuaikan dengan

kondisi dan situasi sosial-budaya setempat. Promosi kesehatan ini tidak hanya diperlukan pada pelayanan promotif dan preventif, tetapi juga pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Terdapat beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan dalam pengembangan promosi kesehatan di rumah sakit, diantaranya adalah:

1. Mengembangkan pemahaman dan/atau pengertian pada pasien dan keluarganya terhadap masalah kesehatan yang dialami/diderita.
2. Promosi kesehatan ini dikhususkan untuk individu-individu yang sedang membutuhkan pengobatan dan perawatan dari rumah sakit.
3. Pemberdayaan pasien dan keluarganya dalam kesehatan.
4. Penerapan proses pembelajaran kesehatan di rumah sakit.
5. Penyuluhan atau pemberian informasi pada masyarakat luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Hung, T. T. M. *et al.* 2014. 'Understanding of factors that enable health promoters in implementing health-promoting schools: A systematic review and narrative synthesis of qualitative evidence', *PLoS ONE*, 9(9). doi: 10.1371/journal.pone.0108284.
- Ian, Y., Gay, G. and Vivian, B. 2006. 'A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools', *European Network of Health Promoting Schools*, 4(1), pp. 1–45. Available at: <http://www.euro.who.int/ENHPS>.
- Kemenkes RI. 2016. *Buku Panduan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. 2020. *Jaga Diri dan Keluarga Anda dengan GERMAS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- WHO. 1986. *Health Promotion*. Zeneva: World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Prasanti Adriani, S.SiT.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.
Staf Dosen Universitas Harapan Bangsa

Penulis lahir di Purbalingga 10 Juni 1987. Sulung dari empat bersaudara merupakan anak tertua Bapak Apit Achmad Muhajir dan Ibu Saringah serta istri dari Joko Priyadi. Penulis bertempat tinggal di Desa Kedungmenjangan, Kecamatan Purbalingga, Kabupaten Purbalingga, Provinsi Jawa Tengah. Lulus Strata Dua di Program Studi Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro tahun 2014. Saat ini sedang menempuh studi lanjut Strata Tiga Program Studi Penyuluhan Pembangunan-Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret dengan Beasiswa Pendidikan Indonesia (BPI) tahun 2021.

Penulis memulai karir dosen tahun 2010, di tahun 2012 sampai dengan sekarang sebagai dosen tetap Yayasan di Universitas Harapan Bangsa. Mata kuliah yang diampu antara lain Promosi Kesehatan, Keperawatan Dasar, Ilmu Biomedik Dasar, Gizi dan Diet, Komunikasi Keperawatan, Farmakologi, Etika Keperawatan, Antropologi Kesehatan, Surveilans Kesehatan Masyarakat, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.

Penulis aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan menulis berbagai jurnal ilmiah. Karya ilmiah terbaru antara lain *Proceedings Effectiveness of the Finger Handled Relaxation and the Self-Tapping Relaxation Technique on Dysmenorrhoea Pain in Nursing Students* dan *The Effectiveness of Self-Tapping to Pain of Dysmenorrhoea* dipublikasikan di Atlantis Press Februari 2020. *The Management of Chronic Heart Failure ; A Nursing Care Perspective* tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Dr. Yusriani, SKM., M.Kes

Staf Dosen Prodi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muslim Indonesia

Dr. Yusriani, SKM., M.Kes dilahirkan di Ujung Pandang Propinsi Sulawesi Selatan, pada tanggal 16 Oktober 1983. Lulus S1 dengan predikat Cum Laude di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2005. Lulus S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Pascasarjana Universitas Hasanuddin pada Tahun 2008. Lulus S3 Pada Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Tahun 2017.

Sejak tahun 2006 aktif sebagai salah satu dosen pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia disamping itu sebagai salah satu pendidik pada Program Studi S2 Magister Kesehatan Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia dengan spesifikasi keilmuan yang digeluti penulis di bidang pendidikan, pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat adalah Ilmu Promosi Kesehatan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Buku yang telah dihasilkan oleh penulis antara lain Buku Ajar Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Book Chapter Masa-Masa Covid-19 Mengenal dan Penanganan dari Berbagai Perspektif Kesehatan, Buku Ajar Strategi Promosi Kesehatan, Book Chapter Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan Book Chapter Metodologi Penelitian Pendidikan, Buku Referensi Program Komunikasi, Informasi, Dan Edukasi Kesehatan Untuk Mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Dan

Sehat (PHBS) Anak Sekolah Dasar, dan Buku Kehamilan Sehat Mewujudkan Generasi Berkualitas Di Masa New Normal, Book Chapter Manajemen Promosi Kesehatan,

Mata Kuliah yang diampuh oleh penulis adalah Strategi Promosi Kesehatan, Komunikasi Kesehatan, Dasar Promosi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Komunikasi Interpersonal dan Konseling Kesehatan, Magang Promosi Kesehatan, KIE Kesehatan, Biostatistik Kesehatan, Manajemen data dan Komputer, Aplikasi Komputer, Inovasi Promosi Kesehatan, Aplikasi Pada Tatanan Promosi Kesehatan, Manajemen Politik dan Pemberdayaan Masyarakat, dan Etno Epidemiologi Sosial, Riset Kualitatif Kesehatan, dan Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut.

Penulis Aktif sebagai editor dan reviewer jurnal ilmiah (riset dan pengabdian) baik nasional maupun internasional. Penulis juga aktif sebagai Asesor Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN S/M) khususnya Propinsi Sulawesi Selatan, aktif sebagai Asesor Nasional Beban Kerja Dosen (BKD), Aktif sebagai Reviewer Penelitian Internal Universitas Muslim Indonesia, Aktif sebagai Reviewer Nasional Penelitian Kemendikbud. Penulis juga aktif mengikuti Seminar Kesehatan baik nasional maupun internasional. Pernah meraih prestasi sebagai the best presenter baik nasional maupun internasional, dan menjadi pembicara pada workshop nasional dan internasional.

BIODATA PENULIS



Mahaza

Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan

Penulis lahir di Padang tanggal 23 Maret 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang. Menyelesaikan pendidikan D3 Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APK-TS Padang, Tahun 1994), Strata 1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Baiturahmah Padang Tahun 2001 dan melanjutkan Strata2 pada Jurusan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM KM UI) Tahun 2009. Menulis. Penulis menekuni bidang Kesehatan Lingkungan

BIODATA PENULIS



M. Nur Dewi Kartikasari, SST, M.Kes
Staf Dosen D3 Kebidanan Sekolah Vokasi UNS

M. Nur Dewi Kartikasari lahir di Surakarta, pada 18 Desember 1983. Penulis tercatat sebagai Staf Pengajar/dosen prodi D3 Kebidanan UNS Surakarta sejak tahun 2008. Wanita yang sering disapa Dewi ini merupakan seorang Ibu dari 4 orang anak. Dewi merupakan Pengajar mata kuliah Asuhan Kehamilan dan beberapa mata kuliah asuhan kebidanan lainnya serta menjadi pembimbing kegiatan fieldlab: praktik klinik kebidanan. Penelitian yang pernah dilakukan tentang pengaruh pendampingan bidan terhadap pengetahuan dan praktik penatalaksanaan atonia uteri terkini melalui kondom kateter; evaluasi metode *Continuity of Care*; pengaruh laserpunktur terhadap tumbuh kembang (kaitannya dengan stunting); pemberdayaan ibu hamil melalui kelas ibu hamil dalam mencegah stunting; dan masih banyak lagi. Tugas tambahan saat ini sebagai koordinator SPMI Unit Penjaminan Mutu Sekolah Vokasi UNS.

Email : dewi1812.uns@gmail.com

BIODATA PENULIS



Karina Mutia Safera, S.KM, MPH

Penulis lahir di Demak pada tanggal 8 Maret 1998. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.

BIODATA PENULIS



Maisyarah.M.SKM.M.Kes,

Dosen tetap pada program studi ilmu kesehatan masyarakat
fakultas kesehatan universitas Fort de kock Bukittinggi

Aceh Tengah tanggal 19 Juni 1975 Lulusan S1 FKM Universitas Muhammdiyah Aceh dan S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi Sumatera Barat, sejak tahun 2010 sampai sekarang menjadi dosen tetap pada program studi ilmu kesehatan masyarakat fakultas kesehatan universitas Fort de kock Bukittinggi. Kepakaran bidang ilmu promosi kesehatan dan ilmu perilaku, dan selalu aktif menulis buku ajar.

BIODATA PENULIS



Susilo Wirawan, SKM MPH

Staf Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Yogyakarta

Susilo Wirawan, SKM, MPH lahir di Ponorogo 15 Januari 1970 adalah dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN Ronowi- jayan II, pendidikan menengah di SMPN 2 Ponorogo (1987) dan SMAN 1 Ponorogo (1990).

Selanjutnya penulis mengikuti pendidikan tinggi mulai dari Pendidikan Ahli Madya (PAM) Gizi Malang (1993), Sarjana S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Unair Surabaya (2001) dan menyelesaikan pendidikan magister pada peminatan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES) pada bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran, UGM Yogyakarta (2009). Pengalaman bekerja diawali bertugas sebagai asisten dosen di Akademi Gizi Depkes Mataram (1994-2000), yang selanjutnya menjadi dosen dengan jabatan fungsional dari asisten ahli hingga lektor di Poltekkkes Kemenkes Mataram (2001 -2020).

Selain mengajar di Poltekkes Kemenkes Mataram penulis mengajar pula sebagai dosen tidak tetap di berbagai perguruan tinggi swasta lainnya di antaranya Stikes Qomarul Huda, Bagu (Lombok Tengah), Poltekkes Medica Farma (Mataram), Stikes Hasanudin (Mataram) dan Stikes Hanani (Mataram). Sejak Januari 2021 penulis berpindah tugas ke Poltekkes Kemenkes Yogyakarta hingga saat ini. Dalam proses belajar mengajar penulis menguasai beberapa MK di antaranya Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi

Gizi, Statistik, Metodologi Penelitian, Aplikasi komputer, Ilmu Komunikasi dan mata kuliah lainnya.

Penulis telah menghasilkan empat buah karya berupa buku di antaranya ***“Gizi Ibu Hamil”*** yang telah memiliki HAKI dan ISBN (Penerbit Forikes, 2018), ***“Statistik Untuk Tenaga Kesehatan”*** yang telah mendapatkan ISBN (Penerbit Pustaka Baru Press, 2021) dan menulis dua buah *Book Chapter* yaitu ***“Ilmu Kesehatan Masyarakat”*** dan ***“Promosi Kesehatan”*** yang telah memiliki HAKI dan mendapatkan ISBN (Penerbit Getpres, 2022).

Pengalaman bekerja selain aktifitas mengajar penulis pernah mengikuti berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di antaranya Pendidikan Akta Mengajar III di IKIP Negeri Semarang (1997), Pelatihan *Virtual Training Studio (VTS)* di Mataram (2003), Pelatihan dalam rangka penelitian ***“Operational Study on Delivery of Vitamin A Capsules to Post Partum Women”*** yang dilaksanakan oleh Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes RI (2004) dan *Regional Course “Nutritional Epidemiology and Surveillance”* yang diselenggarakan oleh SEAMEO RECFON di Universitas Indonesia, Jakarta (2012). Selanjutnya pada tahun 2022 penulis juga telah mengikuti pelatihan PEKERTI yang diselenggarakan oleh Universitas Negeri Yogyakarta/UNY.

Sedangkan pengalaman dalam bidang penelitian yang menjadi salah satu unsur tri dharma Perguruan Tinggi antara lain penulis telah ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional seperti Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS (2010 dan 2013), Riset Fasilitas Kesehatan/RIFASKES (2011), Riset Intervensi Kesehatan/RIK (2014-2016), Riset Tenaga Kesehatan/RISNAKES (2017) dan Survey Status Gizi Indonesia/SSGI (2022) yang dibiayai oleh Balitbangkes Kemenkes RI. Sebagai seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) penulis telah memperoleh Piagam tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya X (2004) dan XX dari Presiden RI (2014). Penulis juga telah menerima penghargaan sebagai dosen berprestasi Tingkat Potekkes Kemenkes Mataram 2015 dan mewakili Poltekkes Mataram pada tingkat Nasional (2015).

BIODATA PENULIS



Hairudin La Patilaiya, SKM. M.Kes.

Hairudin La Patilaiya, SKM. M.Kes. di lahirkan di Desa Soligi, Kec.Obi Selatan Kabupaten Halmahera Selatan Provinsi Maluku Utara pada tanggal 25 Juni 1982. Penulis memiliki istri bernama Sarifani, S.S, penulis dianugrahi 3 orang Putra yaitu M.Fa'iz Asyraf Patilaya, M.Fadhlun Azmi Patilaya, dan M.Farid Azzam Patilaya. Penulis Menempuh pendidikan SD Inpres Soligi lulus pada tahun 1994. Selanjutnya melanjutkan Studi pada SLTP Negeri 2 Obi kemudian lulus pada tahun 1997. Penulis kemudian melanjutkan lagi Studi SMU Negeri 1 Pasarwajo dan lulus pada tahun 2000. Universitas Muhammadiyah Maluku Utara adalah Universitas yang dipilih untuk melanjutkan Studi S1 (SKM) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Minat PKIP yang lulus pada tahun 2006. Penulis menempuh pendidikan S2 di Universitas Indonesia Timur di Makassar Program Pascasarjana S2 (M.Kes) Minat MARS dan lulus di tahun 2013. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen tetap Yayasan Non-PNS di Universitas Muhammadiyah Maluku Utara pada Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat sejak tahun 2007 sampai sekarang. Selain aktif sebagai Dosen penulis juga aktif melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat serta publikasi jurnal nasional dan internasional. Penulisan telah menghasilkan beberapa karya Buku Ajar maupun Book Chapter. Pengalaman organisasi penulis diantaranya adalah sebagai Pengurus (PKBM) Rutan Ternate tahun 2007, menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat tahun 2009-2013, Ketua Peminatan PKIP Fikes UMMU tahun 2014-Sekarang, penulis juga menjadi Pengurus PERSAKMI Provinsi

Maluku Utara 2011-Sekarang, sebagai Pengurus Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial PWM Malut dari tahun 2015-Sekarang, Pergurus PPPKMI Cabang Provinsi Maluku Utara 2016-Sekarang, Pengurus IAKMI Provinsi Maluku Utara 2018-Sekarang, Pengurus FOKAL UMMU sebagai Sekretaris Jenderal tahun 2019-2023 dan juga sebagai Pengurus PJSI Provinsi Maluku Utara tahun 2019-2023. Penulis selain memiliki pengalaman kerja sebagai Dosen, penulis juga memiliki pengalaman kerja Sebagai Assesor Badan Akreditasi Nasional S/M Provinsi Maluku Utara pada tahun 2016 – 2019. Pendidikan non-formal yang pernah diikuti penulis adalah Pekerti Wilayah Kopertis XII tahun 2013, selain itu di tahun 2013 penulis mengikuti PEKERTI dan AA, serta kegiatan Program Magang Dosen di Universitas Airlangga Surabaya melalui Program Magang Dosen Kemendikbudristek.

BIODATA PENULIS



Ramli, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara

Penulis adalah Anak dari (Alm) Drs. La Ode Rijal Abdul Gani & Ibu Ani Muhammad. Lahir di Tidore, 20 April 1984. Menikah dengan Ety Salim, SKM dan memiliki putra bernama Rosyid Ramli. Pendidikan: SD Dufa-Dufa Pantai 1 Lulus Tahun 1996, MTsN Ternate Lulus Tahun 1999, Madrasah Aliyah Negeri (MAN) Ternate Lulus Tahun 2002. Melanjutkan Kuliah S.1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU) Wisuda Tahun 2007. Setelah itu diangkat menjadi Dosen Tetap Yayasan pada Fakultas Ilmu Kesehatan UMMU Sejak Desember 2007-2022 (Sampai Sekarang). Kemudian Lanjut Studi (S.2) Program Studi Kesehatan Masyarakat (Promosi Kesehatan) pada Program Pascasarjana Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar Tahun 2011-2013. Mengajar Mata Kuliah: Sosio Antropologi Kesehatan, Dinamika Kelompok, Komunikasi Kesehatan, Advokasi Kesehatan dan Praktikum PKIP. Selain itu Penulis Aktif Menulis Jurnal Penelitian Nasional dan Internasional serta Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat. Jabatan: Sebagai Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKes UMMU Periode 2022-2026. Hasil Karya Buku: (1) *COVID-19 Suatu Perspektif Ilmiah* (Gramasurya, 2020), (2) *Buku Ajar Sosio Antropologi Kesehatan* (Cv. CAKRA, 2021), (3) *Gizi Kebugaran dan Olahraga*, (4) *Teori Psikologi Komunika*s, (5) *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat* (Yayasan Penerbit Muhammad Zaini, 2022), (6) *Epidemiologi Penyakit*

Menular, (7) Komunikasi Kesehatan, dan (8) Antropologi Sosiologi Kesehatan (Penerbit PT. Global Eksekutif Teknologi, 2022).
Organisasi: Anggota Majelis Kesehatan Umum dan Pelayanan Sosial Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Maluku Utara, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Malut dan Anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Provinsi Maluku Utara, PJSI Malut, FOKAL UMMU, Pimpinan Wilayah KKST Maluku Utara, serta sebagai Anggota Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT) Periode 2021-2026.

BIODATA PENULIS



Frisca Rahmadina, SKM., MPH

Penulis lahir di Pangkalpinang, Bangka Belitung. Penulis telah menyelesaikan studi sarjana kesehatan masyarakat di Universitas Indonesia. Kemudian penulis melanjutkan studi master kesehatan masyarakat di Universitas Gadjah Mada dan baru saja menyelesaikan pendidikan tersebut. Penulis pernah bekerja sebagai asisten dosen di Sekolah Vokasi Institut Pertanian Bogor. Penulis juga pernah bekerja di konsultan lingkungan. Penulis telah menerbitkan artikel ilmiah di *Journal of Environmental and Public Health* yang berjudul “*Content Analysis of Metals in Fish from Waters That are Closely to Disposal of Industrial Waste*” pada tahun 2021. Penulis juga memiliki beberapa artikel ilmiah lain yang sedang dalam proses publikasi, yaitu:

1. *Hospital Medical Waste Management of The COVID-19 Referral Hospitals in Yogyakarta during Pandemic*
2. *Association Particulate (PM_{2.5}) and COVID-19 Infection and Mortality in Asian Low and Middle Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*
3. *Utilizing Internet Search Activity to Support Early Epidemic Detection and Health Campaign: Preliminary Analysis of Google Trends and Covid-19 Data*