



# PROMOSI KESEHATAN & PENDIDIKAN KESEHATAN



I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH.,QRGP.,CPHCM  
Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes. - Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes  
Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes - Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes  
Aprilia Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep. - Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep  
Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep - Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes  
Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

# PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH.,QRGP.,CPHCM

Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.

Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes

Tatik Trishowati, S.Kep,Ns,M.Kes

Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes

Aprilia Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep

Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep

Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes

Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes



**Tahta Media Group**

## UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

## PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Penulis:

I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH.,QRGP.,CPHCM  
Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.  
Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes  
Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes  
Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes  
Aprilia Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep  
Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep  
Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes  
Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

Desain Cover:  
Tahta Media

Editor:  
Tahta Media

Proofreader:  
Tahta Media

Ukuran:  
viii, 158, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-54-3

Cetakan Pertama:  
Mei 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

---

Isi diluar tanggung jawab percetakan

---

**Copyright © 2022 by Tahta Media Group**  
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau  
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

**PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP**  
**(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)**  
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuniaNya Buku Kolaborasi dalam bentuk *Book Chapter* ini dapat dipublikasikan diharapkan sampai ke hadapan pembaca. *Book Chapter* ini ditulis oleh sejumlah Dosen dan Praktisi dari berbagai Institusi sesuai dengan kepakarannya serta dari berbagai wilayah di Indonesia. Terbitnya buku ini diharapkan dapat memberi kontribusi yang positif dalam ilmu pengetahuan khususnya berkaitan dengan Ilmu Kesehatan dan tentunya memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lain yang sejenis serta saling menyempurnakan pada setiap pembahasannya yaitu dari segi Konsep yang tertuang sehingga mudah untuk dipahami. Sistematika buku yang berjudul “Promosi Dan Pendidikan Kesehatan” terdiri dari 10 Bab yang dijelaskan secara terperinci sebagai berikut:

1. Sejarah dan Konsep Dasar Promosi Kesehatan
2. Promosi Kesehatan Dalam Lima Tingkat Pencegahan (*Five Level Of Prevention*)
3. Strategi – Strategi Promosi Kesehatan
4. Definisi Perilaku dan Domain Perilaku
5. Determinan Perilaku Menurut *Precede – Proceed Model* (Lawrence Green)
6. Determinan Perilaku Menurut *Theory Of Reasoned Action* dan *Planned Behavior*
7. *Health Literacy* Sebagai Hasil Promosi Kesehatan
8. Pendidikan Kesehatan Sebagai Upaya Promosi Kesehatan
9. Kelebihan dan Kekurangan Berbagai Metode Pendidikan Kesehatan
10. Analisis Permasalahan Perilaku Kesehatan Pada Kelompok Masyarakat Tertentu

Akhirnya kami mengucapkan Terima Kasih kepada semua pihak yang mendukung penyusunan dan penerbitan buku ini. Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Direktur Tahta Media Group  
Dr. Uswatun Khasanah, M.Pd.I., CPHCEP

## DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>iv</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>v</b>
<b>Bab 1 Sejarah dan Konsep Dasar Promosi Kesehatan</b>	
<b>I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH.,QRGP.,CPHCM</b>	
<b>STMA Trisakti</b>	
A. Sejarah dan Perkembangan Promosi Kesehatan (PROMKES).....	2
B. Konsep Piagam OTTAWA Dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan.....	5
C. Perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia .....	6
D. Pengertian Promosi Kesehatan .....	7
E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan .....	8
Daftar Pustaka .....	10
Profil Penulis .....	11
<b>Bab 2 Promosi Kesehatan Dalam Lima Tingkat Pencegahan (<i>Five Level Of Prevention</i>)</b>	
<b>Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.</b>	
<b>Politeknik Insan Husada Surakarta</b>	
A. Pengertian .....	13
B. Ruang Lingkup .....	14
C. Visi Promosi Kesehatan .....	15
D. Misi Promosi Kesehatan .....	15
E. Tahap Pencegahan .....	16
F. Upaya Promotif dan Preventif Menurut Leavel dan Clark .....	17
Daftar Pustaka .....	22
Profil Penulis .....	23
<b>Bab 3 Strategi – Strategi Promosi Kesehatan</b>	
<b>Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes</b>	
<b>Politeknik Insan Husada Surakarta</b>	
A. Pengertian Strategi Promosi Kesehatan .....	25
B. Strategi Promosi Kesehatan Menurut WHO .....	25
C. Strategi Menurut Piagam OTAWA .....	30
D. Pemilihan Strategi Promosi Kesehatan .....	32

Daftar Pustaka .....	38
Profil Penulis .....	39

#### **Bab 4 Definisi Perilaku dan Domain Perilaku**

**Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes**

**Politeknik Insan Husada Surakarta**

A. Pendahuluan.....	41
B. Definisi .....	41
C. Domain Perilaku .....	45
Daftar Pustaka .....	52
Profil Penulis .....	53

#### **Bab 5 Determinan Perilaku Menurut *Precede – Proceed Model***

*(Lawrence Green)*

**Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**

A. Pengertian <i>Precede – Proceed</i> .....	55
B. Langkah – Langkah <i>Precede – Proceed</i> .....	58
Daftar Pustaka .....	64
Profil Penulis .....	65

#### **Bab 6 Determinan Perilaku Menurut *Theory Of Reasoned Action dan Planned Behavior***

**Aprilia Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**Politeknik Insan Husada Surakarta**

A. Pendahuluan.....	67
B. Sejarah Penemuan Teori Tindakan Beralasan ( <i>Theory Of Reasoned Action</i> ) Dan Teori Perilaku Yang Direncanakan ( <i>Theory Of Planned Behavior</i> ) .....	68
C. Teori Tindakan Beralasan ( <i>Theory Of Reasoned Action</i> ).....	69
D. Teori Perilaku Yang Direncanakan ( <i>Theory Of Planned Behavior</i> )...71	
E. Implikasi <i>Theory Of Reasoned Action Dan Theory Of Planned Behavior</i> .....	80
Daftar Pustaka .....	82
Profil Penulis .....	83

#### **Bab 7 *Health Literacy* Sebagai Hasil Promosi Kesehatan**

**Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep**

**Politeknik Insan Husada Surakarta**

A. <i>Health Literacy</i> .....	85
B. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi <i>Health Literacy</i> .....	86
C. Strategi Literasi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan .....	88
D. Meningkatkan Literasi Kesehatan .....	88
E. Rangkuman .....	92
Daftar Pustaka .....	94
Profil Penulis .....	96
<b>Bab 8 Pendidikan Kesehatan Sebagai Upaya Promosi Kesehatan</b>	
<b>Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep</b>	
<b>Politeknik Insan Husada Surakarta</b>	
A. Pendidikan Kesehatan .....	99
B. Pergeseran Istilah Dari Pendidikan Kesehatan Menjadi Promosi Kesehatan.....	106
C. Promosi Kesehatan .....	107
D. Perbedaan Antara Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan .....	112
Daftar Pustaka .....	115
Profil Penulis .....	116
<b>Bab 9 Kelebihan dan Kekurangan Berbagai Metode Pendidikan Kesehatan</b>	
<b>Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes</b>	
<b>Politeknik Insan Husada Surakarta</b>	
A. Pendahuluan.....	118
B. Definisi Pendidikan Kesehatan .....	118
C. Fungsi Media Pendidikan Kesehatan .....	119
D. Jenis Metode Pendidikan Kesehatan .....	119
E. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan .....	124
F. Kelebihan dan Kekurangan Masing – Masing Metode Pendidikan Kesehatan.....	124
Daftar Pustaka .....	131
Profil Penulis .....	132
<b>Bab 10 Analisis Permasalahan Perilaku Kesehatan Pada Kelompok Masyarakat Tertentu</b>	
<b>Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes</b>	
<b>Politeknik Insan Husada Surakarta</b>	
A. Perilaku .....	134

B. Perilaku Kesehatan .....	139
C. Kelompok Masyarakat / Kelompok Sosial .....	145
D. Masalah Kesehatan Akibat Perilaku Kesehatan Yang Buruk .....	149
E. Analisis Permasalahan Perilaku Kesehatan Pada Kelompok Masyarakat Tertentu.....	152
Daftar Pustaka .....	156
Profil Penulis .....	158



# **BAB 1**

## **SEJARAH DAN KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN**

**I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH.,QRGP.,CPHCM  
STMA Trisakti**

## **A. SEJARAH DAN PERKEMBANGAN PROMOSI KESEHATAN (PROMKES)**

Usaha Kesehatan rakyat yang semula lebih ditekankan pada usaha kuratif (Pengobatan), lambat laun berkembang pula kearah preventif. Dalam tahun 1937 sampai meletusnya perang dunia ke II, pemerintah pusat menyerahkan usaha kuratif kepada daerah otonom, namun tetap diawasi dan dikoordinir oleh pemerintah pusat. Seiring dengan perkembangan dalam bidang kuratif, maka usaha preventif juga berkembang. Usaha kuratif dan preventif mulai digalakan dan dikembangkan di perusahaan-perusahaan perkebunan belanda yang memang bertujuan untuk meningkatkan derajat Kesehatan para pekerja perkebunan, dan dengan demikian meningkat pula daya kerja dan daya produksinya. Dengan pecahnya perang dunia ke II dan pendudukan jepang (1942 – 1945) maka semua system pemerintahan praktis mengalami disorganisasi, karena semua usaha ditunjukan untuk kepentingan perang (Pemerintah dan orang-orang jepang). Pendidikan, ekonomi, kehidupan sosial, Kesehatan amat sangat terpuruk. Sumber daya alam dan sumber daya manusia, semua dikerahkan untuk kepentingan jepang. Dimana-mana hanya terlihat kemiskinan, penderitaan, kelaparan, dan penyakit. Hidup masyarakat sangat tertekan. Situasi ini berlangsung sampai tahun 1945, saat berakhirnya perang duania ke II. Pada tahun 1945 jepang menyerah dan Indonesia memproklamasikan kemerdekaan serta memperjuangkannya dengan melawan tentara sekutu (Amerika dan Inggris) dan belanda yang ingin memperoleh Kembali supermasi penjajahannya di Indonesia. Disorganisasi usaha Kesehatan masyarakat yang sejak zaman pendudukan jepang sudah kacau, berlangsung terus dalam periode revolusi fisik (1945 – 1949), pada saat itu ada dua system pemerintahan, yaitu belanda yang berpusat dijakarta, dan Republik Indonesia yang berpusat di Yogyakarta. Dengan demikian maka selama 8 tahun (1942 – 1949), Indonesia mengalami masa yang memprihatinkan. Banyak fasilitas Kesehatan yang tidak dapat dipergunakan karena rusak, bahkan para petugas Kesehatan pun banyak yang meninggalkan posnya, bergabung dalam barisan gerilyawan melawan belanda, amerika dan inggris. Baru setelah penyerahan kedaulatan (27 Desember 1949), pemerintah memberikan perhatian pada Kesehatan masyarakat terutama yang berkaitan dengan usaha-usaha preventif meliputi:

1. Pendidikan Kesehatan kepada masyarakat (Health Education)
2. Perbaikan makanan rakyat
3. Perbaikan hygiene lingkungan hidup
4. Kesejahteraan ibu dan anak
5. Dinas Kesehatan sekolah
6. Pemeliharaan Kesehatan masyarakat (Public Health Nursing)
7. Usaha pengobatan
8. Pemberantasan penyakit endemis dan epidemis
9. Statistik

Setelah masa kemerdekaan, pemerintah Indonesia terus berbenah diri untuk kegiatan pembangunan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pada tahun 1955 di Indonesia berbagai penyakit menular sangat merajalela, hal itu dikarenakan karena kurang baiknya keadaan hygiene lingkungan serta kurangnya pengertian masyarakat tentang hygiene perseorangan dan hygiene umum. Oleh karena itu maka Pendidikan Kesehatan kepada rakyat adalah suatu hal yang penting, karena pada umumnya semua usaha dilapangan Kesehatan masyarakat tidak akan berhasil jika masyarakat tidak diberikan pendidikan dan penerangan yang sebaik-baiknya tentang masalah itu. Dalam Bahasa lain diterangkan bahwa *“The public health administration can achieve no solid, durable and effective result unless the public is given health education”*. Mengenai pentingnya Pendidikan Kesehatan ini juga dapat dilihat pada undang-undang No.9 tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan. Paling tidak ada dua hal penting dalam undang-undang tersebut yang perlu dikemukakan dan dijadikan landasan dalam penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan masyarakat yaitu : Pasal 1, yang menyatakan bahwa tiap-tiap warganegara berhak memperoleh derajat Kesehatan setinggi-tingginya dan perlu diikutsertakan dalam usaha-usaha Kesehatan pemerintah dan Pasal 4, yang menetapkan Tugas Pemerintah untuk memelihara dan mempertinggi derajat Kesehatan masyarakat dengan menyelenggarakan dan menggiatkan usaha-usaha dalam Pendidikan Kesehatan masyarakat. Pendidikan Kesehatan sendiri merupakan upaya yang diptekankan pada terjadinya perubahan perilaku baik pada individu maupun masyarakat. Fokus health education adalah pada perubahan perilaku itu, bukan hanya pada peningkatan pengetahuan saja. Oleh karena itu area pendidikan kesehatan adalah pada knowledge (pengetahuan), attitude (sikap)

dan practice (perilaku). Mengetahui metode yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan dapat bervariasi, sesuai dengan keadaan, masalah dan potensi setempat, namun metode tersebut harus dikembangkan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat. Pada perkembangan selanjutnya sekitar tahun 1960-an malaria merupakan salah satu penyakit rakyat yang berkembang dengan subur. Ratusan ribu jiwa mati akibat malaria. Berdasarkan penyelidikan dan pengalaman, sebenarnya penyakit malaria di Indonesia dapat dienyahkan. Untuk itu cara kerja harus dirubah dan diperbarui. Maka pada September 1959 dibentuk Dinas Pembasmian Malaria (DPM) yang kemudian pada Januari 1963 dirubah menjadi Komando Operasi Pembasmian Malaria (KOPEM). Pembasmian malaria tersebut ditangani secara serius oleh pemerintah dengan dibantu oleh USAID dan WHO. Direncanakan bahwa pada tahun 1970 malaria hilang dari bumi Indonesia. Pada akhir tahun 1963, dalam rangka pembasmian malaria dengan racun serangga DDT, telah dijalankan penyemprotan rumah-rumah di seluruh Jawa, Bali dan Lampung, untuk melindungi penduduk dari kemungkinan serangan malaria. Usaha itu juga dilanjutkan dengan usaha surveilans yang berhasil menurunkan "parasite index" dengan cepat, yaitu dari 15 % menjadi hanya 2%. Pada saat itulah, tepatnya pada tanggal 12 November 1964, peristiwa penyemprotan nyamuk malaria secara simbolis dilakukan oleh Bung Karno selaku Presiden RI di desa Kalasan, sekitar 10 km di sebelah timur kota Yogyakarta. Meskipun peristiwanya sendiri merupakan upacara simbolis penyemprotan nyamuk, tetapi kegiatan tersebut harus dibarengi dengan kegiatan pendidikan atau penyuluhan kepada masyarakat. Peristiwa itu kemudian dikenal sebagai Hari Kesehatan Nasional (HKN), yang setiap tahun terus menerus diperingati sampai sekarang. Sejak itu, HKN dijadikan momentum untuk melakukan pendidikan/penyuluhan kesehatan kepada masyarakat, akan tetapi pemberantasan malaria dengan cara penyemprotan tersebut ternyata tidak dapat diteruskan karena tiadanya biaya. Bantuan dari USAID dan WHO berhenti. Juga karena adanya pemberontakan G30S/PKI pada tahun 1965.

Pada awalnya kegiatan promosi kesehatan diistilahkan sebagai propaganda, yaitu suatu bentuk upaya/cara-cara kreatif yang dilakukan dalam rangka menjajakan suatu produk atau jasa. Upaya-upaya itu mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap lakunya suatu produk atau jasa, baik itu produk atau jasa di bidang kesehatan yang menguntungkan atau yang

merugikan kesehatan seperti rokok, minuman keras, obat-obatan yang tidak layak, dan lain-lain. Di zaman pra dan awal kemerdekaan propaganda masalah kesehatan sudah dilakukan. Pada waktu itu cara propoganda itulah yang dilakukan untuk memberi penerangan kepada masyarakat tentang kesehatan. Propaganda pada waktu itu dilakukan dalam bentuknya yang sederhana melalui pengeras suara atau dalam bentuk gambar dan poster. Juga melalui film layar tancap. Dalam perkembangannya kurang efektif, sehingga diambil alternative melalui upaya pendidikan kesehatan masyarakat (health education) yang dipadukan dengan upaya pembangunan masyarakat (community development) atau upaya pengorganisasian masyarakat (community organization). Upaya ini berkembang pada tahun 1960 on, sampai kemudian mengalami perkembangan lagi pada tahun 1975 an, menjadi "Penyuluhan Kesehatan". Meski fokus dan caranya sama, tetapi istilah "Pendidikan kesehatan" itu berubah menjadi "Penyuluhan Kesehatan", karena pada waktu itu istilah "pendidikan khusus dibakukan di lingkungan Departemen Pendidikan. Pada sekitar tahun 1995 istilah Penyuluhan kesehatan itu berubah lagi menjadi "Promosi Kesehatan".

## **B. 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"

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. 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 ”.
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.

## **C. PERKEMBANGAN PROMOSI KESEHATAN DI INDONESIA**

### **1. Periode 1945-1965**

Pada periode ini istilah yang dipokal adalah penerangan kesehatan, dengan kegiatan gerakan kebersihan (kerja bakti, membersihkan rumah dll). Kegiatan penting pada era ini antara lain:

- a. lahirnya Undang-Undang Kesehatan 1960
- b. penyemprotan malaria pada tanggal 12 November 1964) oleh presiden Soekarno.
- c. Di jadikannya tanggal tersebut (12 November 1964) sebagai hari Kesehatan Nasional
- d. Didirikannya sekolah penyuluh Kesehatan di Magelang

- e. Mulai adanya media penyuluhan berupa film dan poster dengan judul 4 sehat 5 sempurna.
- 2. Periode 1965 – 1975**

Pada periode ini, promosi Kesehatan dikenal dengan istilah Pendidikan Kesehatan masyarakat, dan dilahirkannya konsep PKMD (Pelayanan Kesehatan Masyarakat Desa)
- 3. Periode 1975 – 1995**

Pada periode ini, promosi Kesehatan dikenal dengan istilah penyuluhan Kesehatan masyarakat, dan pengembangan Kesehatan masyarakat melalui Posyandu, polindes dan lain-lain.
- 4. Periode 1995 – Sekarang**

Pada periode ini mulai dipakai istilah promosi Kesehatan. Beberapa kegiatan penting promosi Kesehatan pada periode ini antara lain:

  - a. lahirnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
  - b. dicanangkan Gerakan pembangunan berwawasan Kesehatan oleh presiden Habibie pada tanggal 1 maret 1999
  - c. Lahirnya konsep visi Indonesia Sehat 2010

#### **D. PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN**

Promosi Kesehatan menurut Piagam Ottawa 1986 adalah: “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”.

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh dan untuk masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Promosi kesehatan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur input (sasaran dan

pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoatmodjo, 2012)

## **E. RUANG LINGKUP PROMOSI KESEHATAN**

Notoatmodjo (2010), ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksanaannya):

1. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)  
Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga. Teori Pendidikan mengatakan, bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Pelaksanaan promosi kesehatan keluarga ini, sasaran utamanya adalah orang tua terutama ibu. Ibu di dalam keluarga itu yang sangat berperan dalam meletakkan dasar 2perilaku sehat pada anak-anak mereka sejak lahir.
2. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah  
Sekolah merupakan perpanjangan tangan keluarga, artinya, sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku bagi anak, termasuk perilaku kesehatan. Peran guru dalam promosi kesehatan di sekolah sangat penting, karena guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh anak-anak daripada orang tuanya. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat kondusif bagi perilaku sehat bagi muridmuridnya, maka sasaran antara promosi kesehatan di sekloah adalah guru. Guru memperoleh pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup, selanjutnya guru akan meneruskannya ke murid-muridnya.
3. Promosi kesehatan pada tempat kerja  
Tempat kerja adalah tempat dimana orang dewasa memperoleh nafkah untuk kehidupan keluarganya, melalui produktivitas atau hasil kerjanya. Selama lebih kurang 8 jam perhari para pekerja ini menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya. Memang risiko yang ditanggung oleh masing pekerja ini

berbeda satu sama lainnya, tergantung pada jenis dan lingkungan kerja masing-masing karyawan tersebut. Promosi kesehatan ditempat kerja ini dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau tempat kerja dengan memfasilitasi tempat kerja yang kondusif bagi perilaku sehat bagi karyawan atau pekerjanya.

4. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum

Dimaksud dengan tempat umum adalah tempat dimana orang-orang berkumpul pada waktu-waktu tertentu, misalnya: pasar, terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall, dan sebagainya. Umum juga perlu dilaksanakan promosi kesehatan dengan menyediakan fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya, misalnya tersedianya tempat sampah, tempat cuci tangan, tempat pembuangan air kotor, ruang tunggu bagi perokok dan non-perokok, kantin dan sebagainya. Pemasangan poster, penyediaan leaflet atau selebaran yang berisi caracara menjaga kesehatan atau kebersihan adalah juga merupakan bentuk promosi Kesehatan.

5. Pendidikan kesehatan diinstitusi pelayanan kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter, dan sebagainya, adalah tempat yang paling strategis untuk promosi kesehatan. Sebab pada saat orang baru sakit, atau keluarganya sakit, maka mereka ini akan lebih peka terhadap informasi-informasi kesehatan terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatannya/penyakitnya, atau masalah kesehatan keluarganya. Mereka akan mudah menerima informasi, bahkan berperilaku yang terkait dengan kesehatannya, misalnya mematuhi anjuran-anjuran dari dokter, perawat, dan petugas kesehatan yang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2003, Modul dan Materi Promosi Kesehatan untuk Politeknik/D3 Kesehatan, Pusat Promosi Kesehatan dan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Jakarta
- Depkes, RI, 1992, Undang-undang No 23/1992 Tentang Kesehatan, Jakarta
- Dwi Susilowati, 2016. Promosi Kesehatan. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Glenz, Karen, 1990, Health behavior and Health Education, Theory Research and Practise. San Francisco, Oxford Joosey-Bas Publisher
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Millestein, S, 1993 Promoting the health of adolescent,Expord University
- Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S, 2007, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Rineka Cipta, Jakarta
- Pender, N.J (1987) Health promotion in nursing practice, Nolwalk: Appleton & Lange
- Syafrudin, Fratidhina, Y, (2009), Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan, Trans Info Media, Jakarta

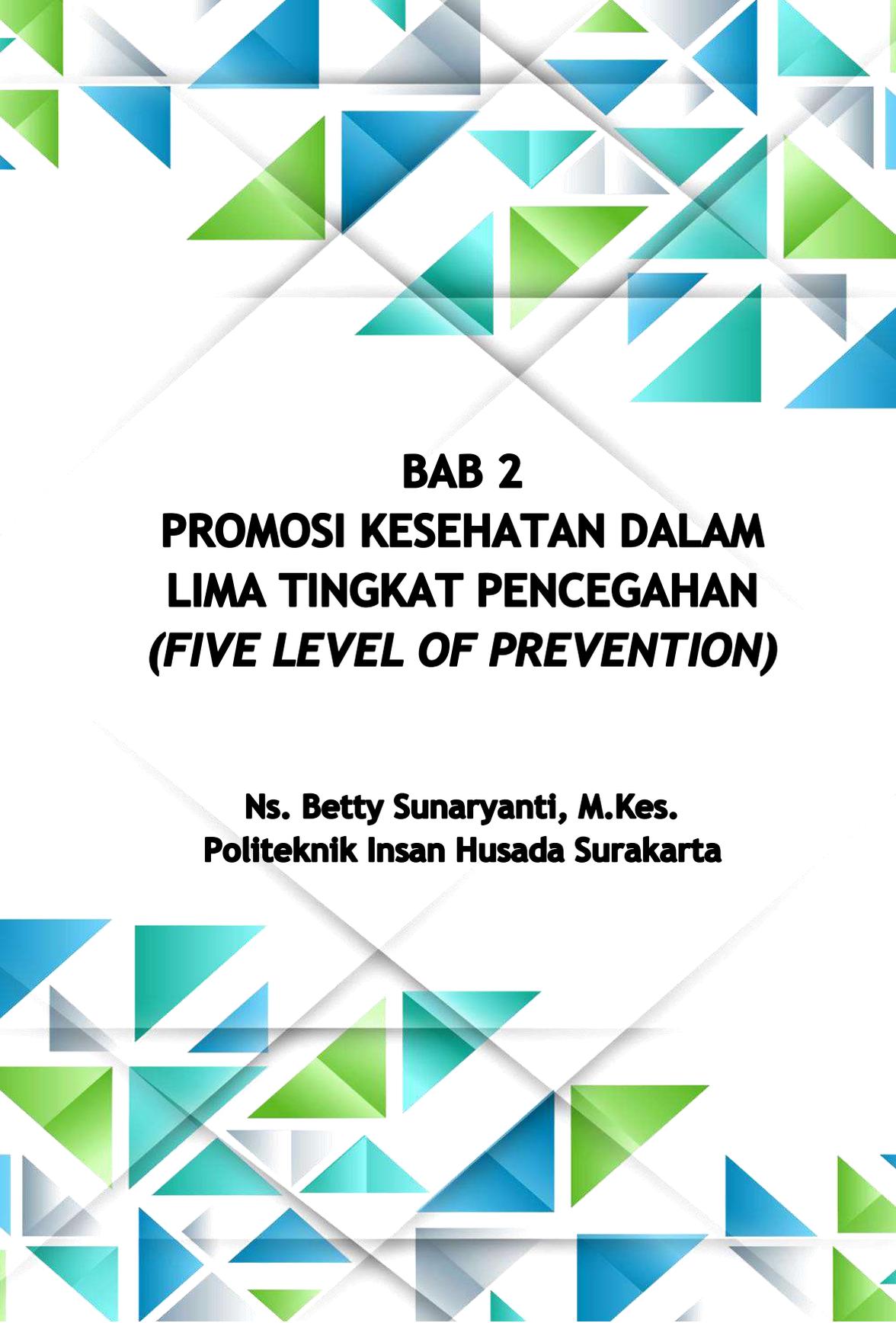
## PROFIL PENULIS



### **I Made Indra P., AMK., SKM., MPH., QRGP., CPHCM.**

Memulai karir sebagai dosen sejak tahun 2016, pernah menjabat sebagai ketua di salah satu perguruan tinggi swasta bidang kesehatan di Bali pada tahun 2018, fasilitator akreditasi (SPME) di LAMPT-Kes dan menjadi auditor penjaminan mutu internal dan pelatih penjaminan mutu internal (SPMI) tersertifikasi oleh kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI pada tahun 2019, pernah menjabat sebagai kepala pusat penjaminan mutu perguruan tinggi. Saat ini aktif sebagai dosen di STMA Trisakti sekaligus menduduki jabatan wakil ketua 1 bidang Akademik dan Kemahasiswaan serta aktif sebagai Riviewer Program Merdeka Kampus Merdeka. Pendidikan terakhir sedang menyelesaikan program Doktorat di Universitas Indonesia dan Master Business Administration di Liverpool Jhon Moores University Inggris. Jumlah karya Buku yang diterbitkan sebanyak 20 Buku terdiri dari 3 Buku Referensi dan 16 Buku Book Chapter.

Email Penulis: [indramade1@gmail.com](mailto:indramade1@gmail.com)



**BAB 2**  
**PROMOSI KESEHATAN DALAM**  
**LIMA TINGKAT PENCEGAHAN**  
***(FIVE LEVEL OF PREVENTION)***

**Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

Salah satu cara untuk merubah pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat adalah dengan promosi kesehatan. Pembangunan kesehatan ke depan diarahkan pada peningkatan upaya promotif dan preventif, di samping peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, utamanya penduduk miskin. Peningkatan kesehatan masyarakat, meliputi upaya pencegahan penyakit menular ataupun tidak menular, dengan cara memperbaiki kesehatan lingkungan, gizi, perilaku, dan kewaspadaan dini. Promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah cabang dari ilmu kesehatan yang mempunyai dua sisi, yakni sisi ilmu dan sisi seni. Dilihat dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lain. Ini artinya bahwa setiap program kesehatan yang telah ada misalnya pemberantasan penyakit menular atau tidak menular, program perbaikan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan lain sebagainya sangat perlu ditunjang serta didukung oleh adanya promosi kesehatan. (iqbal-[iqi.blogspot.com/2008](http://iqi.blogspot.com/2008)). Selain itu promosi kesehatan juga merupakan upaya meningkatkan kemampuan kesehatan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mampu berperan secara aktif dalam masyarakat sesuai sosial budaya setempat yang didukung oleh kebijakan public yang berwawasan. (Depkes RI)

## **A. PENGERTIAN**

### **1. Promosi Kesehatan**

Menurut organisasi kesehatan dunia WHO, bahwa promosi kesehatan yaitu: “ 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 “. (Ottawa Charter,1986). Dapat disimpulkan bahwa Promosi Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Batasan lain dari Australian Health Foundation merumuskan bahwa promosi kesehatan adalah sebagai berikut : “*Health promotion is*

*programs are design to bring about “change” within people, organization, communities, and their environment ”. Artinya bahwa promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Dengan demikian bahwa promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Green dan Ottoson,1998). Dan merupakan suatu proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Pusat Promkes Depkes)*

## **2. Upaya preventif**

Upaya preventif adalah sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencegah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. Prevensi secara etimologi berasal dari bahasa latin, *pravenire* yang artinya datang sebelum atauantisipasi atau mencegah untuk tidak terjadi sesuatu. Dalam pengertian yang sangat luas, preventi diartikan sebagai upaya secara sengaja dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat (Notosoedirjo dan Latipun, 2005 : 145 ).

Menurut Leave dan Clark, upaya promotif dan preventif yang disebut juga upaya pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik lasung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit.

## **B. RUANG LINGKUP**

Adapun ruang lingkup promosi kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoadmodjo, ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari 2 dimensi yaitu:

1. Dimensi aspek pelayanan kesehatan, dan
2. Dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.

Ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan secara umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup 4 aspek pokok, yakni: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan ahli lainnya membagi menjadi

hanya dua aspek saja, yakni : Aspek promotif dengan sasaran kelompok orang sehat, dan Aspek preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Dengan ini maka ruang lingkup promosi kesehatan di kelompokan menjadi dua yaitu :

1. Pendidikan kesehatan pada aspek promotif.
2. Pendidikan kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan.

### **C. VISI PROMOSI KESEHATAN**

Tentunya akan mudah dipahami bahwa visi dari promosi kesehatan tidak terlepas dari koridor Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 serta organisasi kesehatan dunia WHO (World Health Organization). Adapun visi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial.
2. Pendidikan kesehatan disemua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya dan bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat.

### **D. MISI PROMOSI KESEHATAN**

Dalam mencapai visi dari promosi kesehatan diperlukan adanya suatu upaya yang harus dilakukan dan lebih dikenal dengan istilah “ Misi ”. Misi promosi kesehatan merupakan upaya yang harus dilakukan dan mempunyai keterkaitan dalam pencapaian suatu visi. Secara umum Misi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Advokasi (Advocation). Advokasi merupakan perangkat kegiatan yang terencana yang ditujukan kepada para penentu kebijakan dalam rangka mendukung suatu isue kebijakan yang spesifik. Dalam hal ini kegiatan advokasi merupakan suatu upaya untuk mempengaruhi para pembuat keputusan (decission maker) agar dapat mempercayai dan meyakini

bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan atau keputusan.

2. Menjembatani (Mediate). Kegiatan pelaksanaan program-program kesehatan perlu adanya suatu kerjasama dengan program lain di lingkungan kesehatan, maupun lintas sektor yang terkait. Untuk itu perlu adanya suatu jembatan dan menjalin suatu kemitraan (partnership) dengan berbagai program dan sektor-sektor yang memiliki kaitannya dengan kesehatan. Karenanya masalah kesehatan tidak hanya dapat diatasi oleh sektor kesehatan sendiri, melainkan semua pihak juga perlu peduli terhadap masalah kesehatan tersebut. Oleh karena itu promosi kesehatan memiliki peran yang penting dalam mewujudkan kerjasama atau kemitraan ini.
3. Kemampuan atau Keterampilan (Enable). Masyarakat diberikan suatu keterampilan agar mereka mampu dan memelihara serta meningkatkan kesehatannya secara mandiri. Adapun tujuan dari pemberian keterampilan kepada masyarakat adalah dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga sehingga diharapkan dengan peningkatan ekonomi keluarga, maka kemampuan dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan keluarga akan meningkat.

## **E. TAHAP PENCEGAHAN**

Dalam perkembangan selanjutnya untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit dikenal tiga tahap pencegahan:

1. Pencegahan primer: promosi kesehatan (health promotion) dan perlindungan khusus (specific protection).
2. Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment), pembatasan cacat (disability limitation)
3. Pencegahan tersier: rehabilitasi.

Adapun jika dilihat dr dimensi tingkat pelayanan kesehatan, dapat dilakukan berdasarkan 5 (lima) tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dr Leavel and Clark, sebagai berikut:

1. Pencegahan primer dilakukan pada masa individu sebelum menderita sakit, upaya yang dilakukan ialah:

- a. Promosi kesehatan (*health promotion*) yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
  - b. Perlindungan khusus (*specific protection*): upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, peningkatan ketrampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkotik dan untuk menanggulangi stress dan lain-lain.
2. Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit. Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), tujuan utama dari tindakan ini ialah:
- a. Mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan
  - b. Untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Pembatasan cacat (*disability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi diatasi, terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.
3. Pencegahan tersier. Rehabilitasi (*Rehabilitation*), pada proses ini diusahakan agar cacat yang di derita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial.

## **F. UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF MENURUT LEAVELL DAN CLARK**

Tingkat-tingkat usaha pencegahan

Leavell dan Clark dalam bukunya “Preventive Medicine for the doctor in his community” membagi usaha pencegahan penyakit yang dapat dilakukan pada masa sebelum sakit dan pada masa sakit. Usaha-usaha pencegahan itu adalah :

1. Masa sebelum sakit
  - a. Mempertinggi nilai kesehatan (*Health promotion*)
  - b. Memberikan perlindungan khusus terhadap sesuatu penyakit (*Specific protection*).

2. Pada masa sakit
  - a. Mengetahui dan mengenali jenis pada tingkat awal,serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. (*Early diagnosis and treatment*).
  - b. Pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan sesuatu penyakit (*Disability limitation*).
3. Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

Usaha berikut ini merupakan pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan pada umumnya:

1. Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitasnya.
2. Perbaikan hygien dan sanitasi lingkungan,seperti : penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran dan air limbah dan sebagainya.
3. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat
4. Usaha kesehatan jiwa agar tercapai perkembangan kepribadian yang baik.
5. Memberikan perlindungan khusus terhadap sesuatu penyakit

Usaha dibawah ini merupakan tindakan pencegahan terhadap penyakit-penyakit tertentu:

1. Vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu.
2. Isolasi penderitaan penyakit menular .
3. Pencegahan terjadinya kecelakaan baik di tempat-tempat umum maupun di tempat kerja.
4. Mengetahui dan mengenali jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera.

Tujuan utama dari usaha ini adalah :

- a. Pengobatan yang setepat-tepatnya dan secepat-cepatnya dari setiap jenis penyakit sehingga tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera.
- b. Pencegahan penularan kepada orang lain, bila penyakitnya menular.
- c. Mencegah terjadinya kecacatan yang diakibatkan sesuatu penyakit. Beberapa usaha di antaranya : Mencari penderita di dalam masyarakat dengan jalan pemeriksaan : misalnya pemeriksaan -

darah, rontgen paru-paru dan sebagainya serta segera memberikan pengobatan. Mencari semua orang yang telah berhubungan dengan penderita penyakit yang telah berhubungan dengan penderita penyakit menular untuk diawasi agar derita penyakitnya timbul dapat segera diberikan pengobatan dan tindakan-tindakan lain yang perlu misalnya isolasi, desinfeksi dan sebagainya.

Pendidikan kesehatan kepada masyarakat agar mereka dapat mengenal gejala penyakit pada tingkat awal dan segera mencari pengobatan. Masyarakat perlu menyadari bahwa berhasil atau tidaknya usaha pengobatan, tidak hanya tergantung pada baiknya jenis obat serta keahlian tenaga kesehatannya, melainkan juga tergantung pada kapan pengobatan itu diberikan. Pengobatan yang terlambat akan menyebabkan :

1. Usaha penyembuhan menjadi lebih sulit, bahkan mungkin tidak dapat sembuh lagi misalnya pengobatan kanker (neoplasma) yang terlambat.
2. Kemungkinan terjadinya kecacatan lebih besar.
3. Penderitaan klien menjadi lebih lama.
4. Biaya untuk perawatan dan pengobatan menjadi lebih besar.

Pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan sesuatu penyakit. Usaha ini merupakan pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh kembali dan tidak cacat. Bila sudah terjadi kecacatan maka dicegah agar kecacatan tersebut tidak bertambah berat (dibatasi), dan fungsi dari alat tubuh yang menjadi cacat ini dipertahankan semaksimal mungkin.

Rehabilitasi adalah usaha untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuannya. Rehabilitasi ini terdiri atas :

1. Rehabilitasi fisik yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal-maksimalnya. Misalnya, seseorang yang karena kecelakaan, patah kakinya perlu mendapatkan rehabilitasi dari kaki yang patah ini sama dengan kaki yang sesungguhnya.
2. Rehabilitasi mental yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan social secara memuaskan. Seringkali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula kelainan-kelainan atau gangguan mental. Untuk hal ini bekas penderita perlu

mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat.

3. Rehabilitasi sosial vokasional yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuan dan ketidakmampuannya.
4. Rehabilitasi aesthesis usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan misalnya : penggunaan mata palsu. Usaha mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, memerlukan bantuan dan pengertian dari segenap anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (fisik, mental dan kemampuannya) sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat, dalam keadaannya yang sekarang. Sikap yang diharapkan dari warga masyarakat adalah sesuai dengan falsafah pancasila yang berdasarkan unsur kemanusiaan yang sekarang ini. Mereka yang direhabilitasi ini memerlukan bantuan dari setiap warga masyarakat, bukan hanya berdasarkan belas kasihan semata-mata, melainkan juga berdasarkan hak azasinya sebagai manusia.

Usaha pencegahan dan kejadian penyakit, bila seseorang seseorang jatuh sakit; dengan pengobatan akan terjadi tiga kemungkinan yaitu :

1. Sembuh sempurna.
2. Sembuh dengan cacat
3. Tidak sembuh lagi (meninggal), yang terbaik yaitu bila terjadi kesembuhan secara sempurna seandainya terjadi kecacatan, maka alat tubuh yang cacat ini akan tetap dimilikinya dan seringkali merupakan beban (penderitaan) untuk selama-lamanya. Bila alat-alat mobil rusak, kita dapat membeli yang baru untuk menggantinya, dan ia akan berfungsi lagi dengan baik, seolah-olah mobil tersebut dalam keadaan baru kembali. Lain halnya dengan alat tubuh manusia, bila rusak (sakit) kita hanya berusaha untuk memperbaikinya (mengobatinya) dengan segala daya, dan tetap memakainya lagi, walaupun perbaikannya tidak mencapai kesempurnaan (cacat). Penggantian dengan alat buatan (prothese), tidak akan menjadi sebaik seperti asalnya. Karena itu sangatlah bijaksana, bila

kita selalu serprinsip lebih baik mencegah timbulnya penyakit dari pada mengobati maupun merehabilitasinya

Dari uraian diatas disimpulkan bahwa: 5 tingkat pencegahan (five levels of prevention) dr Leavel and Clark dapat dikelompokkan menjadi ; - Pencegahan primer, meliputi ; Promosi kesehatan (health promotion) dan Perlindungan khusus (specific protection) - Pencegahan sekunder, meliputi ; Diagnosis dini & pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) dan Pembatasan cacat (disability limitation) - Pencegahan tersier, meliputi ; Rehabilitasi (rehabilitation)

## DAFTAR PUSTAKA

Adi Sugiarto <https://slideplayer.info/slide/14487047/>

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Pusat Promosi Kesehatan. Jakarta.

Fafa Fatimah, Januari 2020

Fitramaya Yuni, 2008. Kesehatan Reproduksi.. Yogyakarta

Millus Dewi Artika, SST, <https://pdfcookie.com/documents/upaya-promotif-dan-preventif-menurut-leavel-dan-clark-r429o4k0x02n>

Notoatmojo, Soekidjo. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : PT. Rineke Cipta.

Prasetyo, Erwin Edhi dan Widjianto, Thomas Pudjo. 2012. Papua Kurang Ribuan Bidan. Kompas.

Promosi Kesehatan, [iqbal-iqi.blogspot.com/2008](http://iqbal-iqi.blogspot.com/2008)

Promosi Kesehatan, [iqbal-iqi.blogspot.com/2008](http://iqbal-iqi.blogspot.com/2008)

Widhia Lestari, Selasa, 25 September 2012, [http://widhialestari.blogspot.com/2012/09/makalah-upaya-promotif-dan-preventif\\_25.html](http://widhialestari.blogspot.com/2012/09/makalah-upaya-promotif-dan-preventif_25.html)

Widyastuti, Yuni dkk. 2009. Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta : Fitramaya.

## PROFIL PENULIS



Nama : Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.  
Pendidikan : S1 Keperawatan & Ners UNDIP  
S2 Kedokteran Keluarga UNS  
Buku : 3 Buku BerISBN & HAKI: Pencegahan Dekubitus, Konsep  
Proses Keperawatan & Konsep Dasar Keperawatan  
Institusi : Politeknik Insan Husada Surakarta  
Jabatan / Gol. : Lektor / IIIc  
Penghargaan : Adri Satya Tridharma Muda, 9 Maret 2021  
Alamat : Jl. Letjen Sutoyo, Gg. Jodhipati, No: 10, Mojosongo, Kec.  
Jebres Surakarta Jateng 57127  
Email : [betty@polinsada.ac.id](mailto:betty@polinsada.ac.id)



# **BAB 3**

## **STRATEGI- STRATEGI PROMOSI KESEHATAN**

**Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

## **A. PENGERTIAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN**

Strategi promosi kesehatan adalah suatu cara atau tehnik bagaimana cara mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan agar bermanfaat atau berdaya guna tepat sasaran pada masyarakat (pemerintah, tokoh masyarakat) untuk mewujudkan promosi kesehatan yang efektif dan efisien sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Promosi kesehatan bukan hanya sebagai proses penyadaran komunitas yang ada di masyarakat ataupun individu pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga merupakan sebuah program kesehatan yang telah dirancang untuk memperbaiki perubahan perilaku, baik dalam masyarakat maupun organisasi.

Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Proses pemberdayaan dapat dilakukan dengan pembelajaran yakni upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam bidang kesehatan. Penerapan promosi kesehatan dalam program kesehatan pada dasarnya merupakan bentuk penerapan strategi global yang dijabarkan dalam berbagai kegiatan. Menurut WHO, strategi global dalam promosi kesehatan tersebut diantaranya yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat (Yuningsih, 2019).

Menurut WHO, promosi kesehatan adalah proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengandalkan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Bertolak dari pengertian yang dirumuskan WHO, Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan Kemenkes RI, (2005) dalam (Hidayat, 2018).

## **B. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN MENURUT WHO**

Menurut WHO (2017), strategi promosi kesehatan ada 3 diantaranya adalah: advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Promosi

kesehatan bertujuan untuk mensosialisasikan program - program kesehatan yang telah ada untuk mewujudkan masyarakat Indonesia sehat seutuhnya dan berpartisipasi dalam gerakan kesehatan. Untuk mencapai tujuan dalam mewujudkan promosi kesehatan, diperlukan sebuah strategi yang baik. Strategi adalah cara dalam mencapai maupun mewujudkan visi dan misi kesehatan secara efektif dan efisien (Soedjarwadi & Jawa, 2017).

## 1. Advokasi

Promosi kesehatan bertujuan agar tersosialisasinya program-program kesehatan demi terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya dengan hidup bersih dan juga sehat serta berpartisipasi secara langsung dalam gerakan kesehatan. Untuk mencapai tujuan dalam mewujudkan promosi kesehatan, diperlukan sebuah strategi yang baik. Strategi adalah cara dalam mencapai maupun mewujudkan visi dan misi kesehatan secara efektif dan efisien (Wardani, Muyassaroh dan Ani, 2016).

Advokasi merupakan kegiatan yang memberikan bantuan kesehatan kepada masyarakat melalui pihak pembuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan. Advokasi merupakan upaya atau sebuah proses yang strategis dan terencana dengan tujuan mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Tujuan advokasi kesehatan ini adalah untuk meningkatkan jumlah kebijakan publik berwawasan kesehatan, untuk meningkatkan opini masyarakat dalam mendukung kesehatan, dan terpecahkannya masalah kesehatan secara bersama dan terintegrasi dengan pembangunan kesehatan di daerah melalui kemitraan dan adanya dukungan serta kepedulian dari pimpinan daerah. Sasaran advokasi kesehatan adalah para pengambil keputusan dan juga kebijakan baik dalam tingkat propinsi, kota atau kabupaten, dan juga pusat. Untuk kegiatan advokasi kesehatan, terdiri dari berbagai macam bentuk, baik formal maupun informal (Gayatri Setyabudi & Dewi, 2017).

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar orang lain tersebut membantu atau bersedia mendukung terhadap apa yang diinginkan. Advokasi dalam konteks promosi kesehatan adalah suatu pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu keputusan di berbagai sektor dan berbagai tingkat sehingga para pejabat tersebut

bersedia mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan tersebut dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya. Kegiatan advokasi bisa dilakukan secara formal maupun informal. Contoh kegiatan formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal misalnya sowan kepada para pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitaslain. Dari uraian dapat di simpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif maupun legislatif, di berbagai tingkat dan sektor, yang terkait dengan masalah kesehatan (sasaran tertier).

Bentuk kegiatan advokasi dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain sebagai berikut:

a. Lobi Politik (Political Lobbying)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para petinggi atau pejabat untuk menginformasikan serta membahas masalah dan juga program kesehatan yang akan dilaksanakan. Pada saat melaksanakan lobi, harus disertai dengan data yang akurat dan sesuai dengan fakta yang ada mengenai masalah kesehatan tersebut.

b. Seminar dan atau Presentasi

Seminar ataupun presentasi menampilkan masalah kesehatan di depan para pembuat keputusan baik lintas program maupun lintas sektoral. Penyajian mengenai masalah kesehatan disajikan secara lengkap didukung dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta program dan solusi dalam pemecahan masalah kesehatan yang ada. Selanjutnya masalah tersebut dibahas secara bersama- sama dan akhirnya akan diperoleh komitmen dan dukungan program yang akan dilaksanakan.masalah kesehatan tersebut.

c. Media Advokasi

Media advokasi merupakan kegiatan advokasi yang dilakukan dengan menggunakan media, khususnya penggunaan media massa (media cetak dan media elektronik).

- d. Perkumpulan (Asosiasi) Peminat Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang memiliki minat atau yang berhubungan dengan masalah tertentu, termasuk perkumpulan profesi.

Advokasi adalah upaya mendekati, mendampingi, dan memengaruhi para pembuat kebijakan sehingga mereka sepakat untuk memberi dukungan terhadap pembangunan kesehatan. Advokasi melakukan pendekatan atau lobi dengan para pembuat keputusan setempat agar mereka menerima dan bersedia mengeluarkan kebijakan dan keputusan di tingkat pusat atau daerah sebagai sasaran tersier promosi kesehatan. Sasaran advokasi lainnya adalah para pengambil keputusan, penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, mitra di kalangan pengusaha atau swasta, media massa, organisasi profesi, dan LSM yang memiliki pengaruh di masyarakat. Di tingkat daerah, tujuan advokasi agar program kesehatan memperoleh prioritas tinggi dalam pembangunan daerah yang bersangkutan. Selain itu, diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan atau sumber daya kesehatan seperti kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan keikutsertaan dalam kegiatan maupun berbagai bentuk lainnya seperti keadaan dan usaha. Advokasi kesehatan dilakukan oleh siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal dari kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat atau agama, LSM dan tokoh yang berpengaruh. Advokasi kebijakan secara khusus berhubungan dengan apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah dengan menganjurkan kebijakan tertentu melalui diskusi, persuasi maupun aktivitas politik (Yuningsih, 2019).

## 2. Dukungan sosial (*Social support*)

Promosi kesehatan akan lebih mudah dilakukan apabila mendapatkan dukungan sosial dari masyarakat. Dukungan sosial adalah sebuah kegiatan dengan tujuan untuk mencari dukungan dari berbagai elemen (tokoh-tokoh masyarakat) untuk menjembatani antara pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan tersebut. Strategi ini dapat disebut sebagai upaya bina suasana atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Sasaran utama

dukungan sosial atau bina suasana ini adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat (sasaran sekunder), sedangkan untuk sasaran dukungan sosial atau bina suasana lainnya terdiri dari kelompok peduli kesehatan, para pemuka agama, tenaga profesional kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, organisasi massa, tokoh masyarakat, kelompok media massa, dan lembaga swadaya masyarakat. Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal (Gayatri Setyabudi & Dewi, 2017).

Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Kegiatan mencari dukungan sosial melalui toma pada dasarnya adalah mensosialisasikan program-program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program-program tersebut Strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Contoh bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan paratoma, seminar, lokakarya, bimbingan kepadatoma, dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat. (sasaran sekunder). Adapun bentuk-bentuk dukungan sosial yang dilaksanakan di masyarakat diantaranya sebagai berikut:

a. Bina Suasana Individu

Bina suasana individu ini dilakukan oleh individu tokoh-tokoh masyarakat. Para tokoh masyarakat ini menjadi individu-individu yang menjadi panutan dalam hal mempraktikkan program kesehatan yang sedang diperkenalkan.

b. Bina Suasana Kelompok

Bina suasana kelompok dilakukan oleh para kelompok-kelompok yang ada didalam masyarakat, seperti ketua RT, RW, karang taruna, serikat pekerja dan lain sebagainya. Dalam hal ini, kelompok-kelompok tersebut menjadi kelompok yang peduli dengan program kesehatan yang sedang diperkenalkan dan setuju atas program kesehatan tersebut serta mendukung program kesehatan tersebut.

### c. Bina Suasana

Publik Bina suasana publik dilakukan oleh masyarakat umum melalui pemanfaatan media-media komunikasi yang ada. Sebagai contoh radio, TV, koran, majalah, websites, dan lain sebagainya. Dalam hal ini, media massa yang ada peduli serta menjadi pendukung dalam program kesehatan yang sedang diberlakukan atau diperkenalkan (Hidayat, 2018b) 3. Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah proses pemberian informasi kepada keluarga atau kelompok dan individu secara terus menerus dan berkesinambungan dengan mengikuti perkembangan masyarakat, serta proses membantu masyarakat supaya masyarakat berubah dari yang awalnya tidak tahu menjadi tahu atau sadar serta dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu untuk melaksanakan program kesehatan yang diperkenalkan (Yuningsih, 2019).

Ada dua tujuan promosi kesehatan yang dihubungkan dengan pemberdayaan masyarakat. Pertama, pemberdayaan merupakan sebuah cara dimana masyarakat diarahkan mampu untuk melaksanakan kehidupannya. Kedua, dapat meningkatkan perilaku hidup sehat di masyarakat dan ketiga yaitu dapat meningkatkan peran masyarakat dalam upaya kesehatan (Yuningsih, 2019).

## C. STRATEGI MENURUT PIAGAM OTAWA

Berdasarkan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa Canada pada tahun 1986 menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter). Di dalam piagam Ottawa tersebut dirumuskan strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu:

### 1. Kebijakan Berwawasan Kebijakan (Health Public Policy)

Adalah suatu strategi promosi kesehatan yang di tujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan, agar mereka mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan. Dengan perkataan lain, agar kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, surat-surat keputusan dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik. Misalnya, ada peraturan atau undang-undang yang mengatur adanya analisis dampak

lingkungan untuk mendirikan pabrik, perusahaan, rumah sakit, dan sebagainya. Dengan kata lain, setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik, harus memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan (kesehatan masyarakat).

2. Lingkungan yang mendukung (Supportive Environment)

Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum, termasuk pemerintah kota, agar mereka menyediakan sarana-prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat, atau sekurang-kurangnya pengunjung tempat-tempat umum tersebut. Lingkungan yang mendukung kesehatan bagi tempat-tempat umum lainnya: tersedianya tempat sampah,tersedianya tempat buang air besar/kecil, tersedianya air bersih, tersedianya ruangan bagi perokok dan non-perokok, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, para pengelola tempat - tempat umum, pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, mall dan sebagainya, harus menyediakan sarana dan prasarana untuk mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya.

3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)

Sudah menjadi pemahaman masyarakat pada umumnya bahwa dalam pelayanan kesehatan itu ada *3 provider' dan 3 consumer'*. Penyelenggara (penyedia) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta, dan masyarakat adalah sebagai pemakai atau pengguna pelayanan kesehatan. Pemahaman semacamini harus diubah, harus diorientasikan lagi, bahwa masyarakat bukan sekedar pengguna atau penerima pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus juga sebagai penyelenggara, dalam batas-batas tertentu. Realisasi dari reorientasi pelayanan kesehatan ini, adalah para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintrah maupun swasta harus melibatkan, bahkan memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan,tetapi juga sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Dalam meorientasikan pelayanan kesehatan ini peran promosi kesehatan sangat penting.

4. Keterampilan Individu (Personnel Skill)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat yang terdiri dari individu, keluarga, dan kelompok-kelompok. Oleh sebab itu, kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan indivu-individu, keluarga-

keluarga dan kelompok- kelompok tersebut terwujud. Oleh sebab itu, strategi untuk mewujudkan keterampilan individu-individu (*personnels kill*) dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah sangat penting. Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan merekaini adalah memberikan pemahaman - pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan, dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individu daripada massa.

5. Gerakan masyarakat (Community Action)

Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya seperti tersebut dalam visi promosi kesehatan ini, maka di dalam masyarakat itu sendiri harus ada gerakan atau kegiatan-kegiatan untuk kesehatan. Oleh karena itu, promosi kesehatan harus mendorong dan memacu kegiatan-kegiatan di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka.

#### **D. PEMILIHAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN**

Berikut ini beberapa metode promosi atau pendidikan individual, kelompok dan masa (publik) menurut (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018) adalah sebagai berikut:

1. **Metode Promosi individual (perorangan)**

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidence and counseling*)

Kontak antara klien dan petugas kesehatan lebih intensif. Setiap masalah klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (*mengubah Perilaku*)

b. Interview (wawancara)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah ada atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

2. **Metode Promosi Kelompok**

Dalam memilih metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.

a. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih besar dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah adalah:

Persiapan:

- a) Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan.
- b) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- c) Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem, dan sebagainya.

Pelaksanaan:

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sbb:

- a) Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
- b) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- c) Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.

- d) Berdiri di depan (dipertengahan), seyogyanya tidak duduk.
- e) Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

## 2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

### a) Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

#### (1) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga duduk para peserta dapat berhadapan-hadapan dan saling memandang satu sama lain, misalnya bentuk tempat duduk lingkaran, segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas.

#### (2) Curah Pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. bedanya pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian setiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

(3) Bola Salju (snow balling)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

(4) Kelompok-kelompok Kecil ( Buzz Group)

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

(5) Role Play (memainkan peranan)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai pasien, perawat, mereka memperagakan sesuai perannya.

(6) Permainan Simulasi (simulation game)

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

3. **Metode Promosi Kesehatan Massa**

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

dan sebagainya, maka pesan – pesan kesehatan yang disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh masa. Beberapa contoh metode promosi kesehatan secara masa, antara lain:

- a. Ceramah umum (public speaking)  
Pada acara-acara tertentu, misalnya pada HKN, menteri kesehatan atau pejabat menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronika, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan masa.
- b. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan masa.
- c. Tulisan-tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.
- d. Bill Board, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

Menurut Notoatmodjo (2015) membedakan metode penyuluhan berdasarkan sasarannya menjadi dua, yaitu penyuluhan individual dan kelompok.

1. Penyuluhan individual, metode ini merupakan metode untuk mengubah perilaku individu yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan individu tersebut.
2. Penyuluhan kelompok
  - a. Kelompok besar  
Sebuah kelompok dikatakan besar ketika jumlah pesertanya melebihi 15 orang. Untuk kelompok besar ini, metode yang dapat digunakan misalnya adalah ceramah, seminar dan demonstrasi.
    - 1) Ceramah, dilakukan kepada sasaran dengan memberikan informasi secara lisan dari narasumber disertai tanya jawab setelahnya. Ciri dari metode ceramah ini adalah adanya kelompok sasaran yang telah ditentukan, ada pesan yang akan disampaikan, adanya pertanyaan yang bisa diajukan walaupun dibatasi setelah ceramah, serta adanya alat peraga jika kelompok sasarannya jumlahnya sangat banyak. Keuntungan dari metode ini adalah

biaya yang dikeluarkan relatif tidak banyak dan mudah untuk dilakukan, waktu yang dibutuhkan juga dapat disesuaikan dengan kebutuhan sasaran dan bisa diterima dengan mudah oleh hampir semua kelompok masyarakat walaupun tidak bisa membaca dan menulis.

- 2) Metode seminar, dilakukan untuk membahas sebuah isu dengan dipandu oleh ahli di bidang tersebut.
- 3) Metode demonstrasi lebih mengutamakan pada peningkatan kemampuan (skill) yang dilakukan dengan menggunakan alat peraga.

b. Kelompok kecil

- 1) Metode diskusi kelompok kecil merupakan diskusi 5–15 peserta yang dipimpin oleh satu orang membahas tentang suatu topik.
- 2) Metode curah pendapat digunakan untuk mencari solusi dari semua peserta diskusi dan sekaligus mengevaluasi bersama pendapat tersebut.
- 3) Metode Panel melibatkan minimal 3 orang panelis yang dihadirkan di depan khalayak sasaran menyangkut topik yang sudah ditentukan.
- 4) Metode Bermain peran digunakan untuk menggambarkan perilaku dari pihak-pihak yang terkait dengan isu tertentu dan digunakan sebagai bahan pemikiran kelompok sasaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Gayatri Setyabudi, R., & Dewi, M. (2017). Analisis Strategi Promosi Kesehatan dalam Rangka Meningkatkan Kesadaran Hidup Sehat oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Komunikasi*, 12(1), 81–100. <https://doi.org/10.20885/komunikasi.vol12.iss1.art6>
- Hidayat, H. (2018b). Analisis Pelaksanaan Promosi Kesehatan melalui Advokasi terhadap Kunjungan Ibu Balita ke Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang tahun 2017. *Menara Ilmu*, XII(80), 82–90.
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018). 9 786024 730406. In Zadina (Ed.), *Promosi Kesehatan* (pertama). Airlangga University Pres.
- Soedjarwadi, R. M., & Jawa, P. (2017). *Analisis Strategi Promosi Kesehatan dalam Rangka Meningkatkan Kesadaran Hidup Sehat oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah*. 12.
- WHO. 2017. *Shanghai Declaration On Promoting Health In The 2030 Agenda For Sustainable Development*. Ninth Global Conference On Health Promotion, Shanghai, 21–24 November 2016. Diadakan oleh World Health Organization. Shanghai: WHO.
- Yuningsih, R. (2019a). Strategi Promosi Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Sanitasi Lingkungan. *Aspirasi: Jurnal Masalah - Masalah Sosial*, 10(2), 107–118.
- Yuningsih, R. (2019b). Strategi Promosi Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Sanitasi Lingkungan. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 10(2), 107–118. <https://doi.org/10.46807/aspirasi.v10i2.1391>

## PROFIL PENULIS



Siti Nur Solikah, S.Kep., Ns., M.Kes, lahir di Sukoharjo pada tanggal 22 Agustus 1985. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan FIK Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2008. Pada tahun 2010 penulis menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di FIK Universitas

Muhammadiyah Surakarta. Pada tahun 2012-2014 penulis melanjutkan pendidikan Pascasarjana di Universitas Sebelas Maret Surakarta pada Program studi Pendidikan Profesi Kesehatan, Magister Kedokteran Keluarga.

Pengalaman pekerjaan: Penulis mengawali karir sebagai dosen kontrak di AKPER Bhakti Mulia Sukoharjo pada tahun 2008-2010. Penulis menjadi dosen tetap dibawah Yayasan Amanah Insan Husada Sejahtera Surakarta sejak tahun 2010 sampai sekarang. Penulis menjabat bidang penjaminan mutu tahun 2014-2017, menjabat sebagai Kaprodi D3 Keperawatan Insan Husada Surakarta tahun 2018-2021 dan pada tahun 2021- sekarang menjabat sebagai Pembantu Direktur I bidang akademik dan kemahasiswaan di Politeknik Insan Husada Surakarta. Selain mengajar penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat. Beberapa judul penelitian yang lolos pendanaan hibah penelitian diantaranya adalah: Pemanfaatan Booklet Dalam Meningkatkan Keterampilan Penanganan Kegawatdaruratan Kejang Demam (2019), Penggunaan Metode Blended Learning Pada Pembelajaran Skill Lab Keperawatan (2020) dan Terapi Senam Mata Sebagai Upaya Preventif Miopi Dimasa Pandemi COVID -19 (2020). Judul buku yang sudah diterbitkan adalah monograf “ Senam Mata Untuk Pencegahan Miopi”. Untuk bisa berkomunikasi dengan penulis silakan kirim email di [sns@polinsada.ac.id](mailto:sns@polinsada.ac.id)



# **BAB 4**

## **DEFINISI PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU**

**Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

## **A. PENDAHULUAN**

Perilaku merupakan reaksi makhluk hidup dalam merespon lingkungan. Perilaku makhluk hidup dapat bersifat bawaan atau dipelajari dari lingkungannya. Perilaku dapat dianggap sebagai tindakan apa pun dari makhluk hidup yang mengubah hubungannya dengan lingkungan sekitarnya. Secara Biologis, perilaku digambarkan sebagai respons terhadap suatu peristiwa atau perubahan lingkungan selama masa hidup individu, berbeda dari perubahan fisiologis atau biokimia lainnya yang terjadi lebih cepat, dan tidak termasuk perubahan yang merupakan hasil perkembangan.

Perilaku kesehatan (health behavior) merupakan keadaan diri seseorang dalam melakukan sesuatu seperti bertindak, bersikap, berpikir, dan memberikan umpan balik atau respon terhadap suatu hal dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Termasuk tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, berolahraga, sanitasi, dan sebagainya.

## **B. DEFINISI**

### **1. Pengertian**

Perilaku menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Stimulus merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang berasal dari luar dirinya (faktor eksternal), sedangkan respon merupakan faktor yang berasal dalam diri seseorang (faktor internal). Skinner membagi perilaku menjadi 2 kelompok yaitu :

a. Perilaku tertutup (Covert behavior), dimana respon terhadap stimulus belum dapat diamati orang lain dari luar secara jelas, masih terbatas pada bentuk pikiran, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.

Contoh : Seorang remaja mengetahui dampak negatif merokok terhadap kesehatan.

b. Perilaku terbuka (Overt behavior), dimana respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati orang lain dari luar (Notoatmodjo, 2012).

Contoh : Seorang remaja merokok ditempat umum.

## 2. Jenis- jenis Perilaku

Menurut Dahro (2012), jenis perilaku dibagi menjadi dua yaitu ;

### a. Perilaku yang refleksif

Perilaku yang refleksif merupakan perilaku secara spontan yang terjadi atas reaksi terhadap stimulus yang didapatkan makhluk hidup tersebut. Sebagai contoh dari perilaku refleksif seperti mata yang berkedip bila terkena sinar terang, menarik tangan bila terkena panas.

### b. Perilaku non refleksif

Perilaku ini dikendalikan atau diatur oleh kesadaran atau otak. Perilaku ini merupakan perilaku yang dibentuk dan dapat dikendalikan. Stimulus diterima oleh reseptor, kemudian diteruskan kepada otak untuk direspon melalui efektor. Oleh karena itu, perilaku ini dapat berubah dari waktu ke waktu sebagai hasil proses belajar.

Perilaku Kesehatan Perilaku kesehatan adalah suatu aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang bisa diamati (observable) ataupun yang tidak bisa diamati (unobservable) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seseorang. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan bila terkena masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

## 3. Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Teori determinan perilaku kesehatan Perilaku manusia dari tingkat kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non-behavior causes).

Selanjutnya perilaku ditentukan dari tiga faktor yaitu :

### a. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors)

Faktor yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Faktor ini dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Contohnya dapat dijelaskan sebagai berikut, untuk berperilaku kesehatan misalnya pemeriksaan

dini terhadap kanker serviks bagi ibu, diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat pemeriksaan tersebut demi kesehatan ibu. Kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga kadang-kadang dapat mendorong atau menghambat ibu untuk pemeriksaan dini terhadap kanker serviks. Faktor-faktor yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

b. Faktor-faktor pendukung (renabling factors)

Faktor yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan tinja ketersediaan makananyang bergizi, dan sebagainya, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit (RS), poliklinik, pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos poliklinik desa (Polindes), pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta, dan sebagainya. Masyarakat perlu sarana dan prasarana pendukung untuk berperilaku sehat.

c. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors)

Faktor yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga di sini Undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut, seperti perilaku memeriksakan kehamilan dan kemudahan memperoleh fasilitas pemeriksaan kehamilan. Diperlukan juga peraturan atau perundang-undangan yang mengharuskan ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan.

4. Pembentukan Perilaku

Menurut Notoatmodjo dalam Damayanti (2017) dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan

lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan. Penulisan Roger mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

a. Awareness

Orang (subjek) menyadari dalam arti dapat mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.

b. Interest

Orang ini sudah mulai tertarik kepada stimulus yang diberikan. Sikap subyek sudah mulai timbul.

c. Evaluation

Orang tersebut mulai menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya sendiri. Berarti sikap responden sudah mulai lebih baik.

d. Trial

Orang (subjek) mulai mencoba perilaku baru sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.

e. Adoption

Orang (subjek) tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru melalui tahap seperti diatas, yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng.

5. Perubahan Perilaku

Menurut Hosland, dkk dalam Damayanti (2017) perubahan perilaku pada hakekatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. Stimulus atau rangsangan yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Stimulus yang tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu dan berhenti di sini. Stimulus yang diterima oleh organisme berarti ada perhatian individu dan stimulus tersebut efektif.

- b. Stimulus yang telah mendapatkan perhatian dari organisme maka rangsangan ini akan dimengerti dan dilanjutkan pada proses berikutnya.
- c. Organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya atau bersikap.
- d. Akhirnya dengan fasilitas dan dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut atau perubahan perilaku.

### **C. DOMAIN PERILAKU**

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini menunjukkan meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Menurut Triwibowo (2015) perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2012) membagi perilaku manusia menjadi 3 domain, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Perilaku terbagi dalam tiga domain yaitu :

#### **1. Pengetahuan (kognitif)**

Pengetahuan merupakan hasil dari dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni : indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behavior) mempunyai enam tingkatan yaitu :

##### **a. Tahu (know)**

Dartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

- b. Memahami (comprehension)  
Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (application)  
Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- d. Analisis (analysis)  
Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (synthesis)  
Suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (evaluation) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia (Sudarminta J, 2002). Sedangkan Notoatmodjo tahun 2002 memaparkan bahwa faktor - faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, dan pengalaman.

## 2. Sikap (afektif)

Sikap adalah predisposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang di organisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan. Sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan (Notoatmodjo, 2012). Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang

masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Dalam kehidupan sehari-hari, sikap merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (trend to behave)

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu :

- a. Menerima (receiving)  
Menerima diartikan bahwa seseorang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi, dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian seseorang terhadap ceramah-ceramah.
- b. Merespon (responding)  
Merespon ditunjukkan dengan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan berarti orang dapat menerima ide tersebut.
- c. Menghargai (valuing)  
Seseorang mampu memberikan nilai yang positif pada objek dengan bentuk tindakan atau pemikiran tentang suatu masalah. Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkatan yang ketiga. Misalnya : seorang ibu yang mengajak ibu yang lain ke Posyandu untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya.
- d. Bertanggung jawab (responsible)  
Seseorang mampu mengambil risiko dengan perbedaan tindakan maupun pemikiran yang diambil. Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Ranah afektif menjadi lebih rinci lagi ke dalam lima jenjang, yaitu:

- a. *Receiving atau attending* ( menerima atau memperhatikan)

- b. *Responding* (menanggapi) mengandung arti “adanya partisipasi aktif”
- c. *Valuing* (menilai atau menghargai)
- d. *Organization* (mengatur atau mengorganisasikan)
- e. *Characterization by evaluate or calue complex* (karakterisasi dengan suatu nilai atau komplek nilai)

Sikap dikatakan sebagai respon yang hanya timbul bila individu dihadapkan pada suatu stimulus. Sikap seseorang terhadap sesuatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tertentu. Sikap merupakan persiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain (Kristina, 2007):

- a. Pengalaman pribadi  
Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut dapat berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.
- b. Orang lain  
Seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.
- c. Kebudayaan  
Kebudayaan dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.
- d. Media massa  
Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar dan internet mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap.
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama  
Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan

baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajarannya.

f. Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu, begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya agar sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain harus didukung dengan fasilitas, sikap yang positif.

**3. Keterampilan (psikomotor)**

Keterampilan adalah suatu ilmu yang diberikan kepada manusia, kemampuan manusia dalam mengembangkan keterampilan yang dipunyai memang tidak mudah, perlu mempelajari, perlu menggali agar lebih terampil. Keterampilan merupakan ilmu secara lahiriah ada didalam diri manusia dan perlu dipelajari secara mendalam dengan mengembangkan keterampilan yang dimiliki. Keterampilan sangat banyak dan beragam, semua itu bisa dipelajari bukan hanya dengan pengetahuan saja akan tetapi juga dapat bias dibuat pembuka inspirasi bagi orang yang mau memikirkannya. Keterampilan (skill) adalah kegiatan yang memerlukan praktek atau dapat diartikan sebagai implikasi dari aktifitas (Amirullah, 2003). Menurut Amirullah, (2003) pada dasarnya keterampilan dikategorikan menjadi empat yaitu :

a. *Basic literacy skill*

Keahlian dasar merupakan keahlian seseorang yang pasti dan wajib dimiliki oleh kebanyakan orang, seperti membaca, menulis dan mendengarkan.

b. *Technical skill*

Keahlian teknik merupakan keahlian seseorang dalam pengembangan teknik yang dimiliki.

c. *Interpersonal skill*

Keahlian interpersonal merupakan kemampuan seseorang secara efektif untuk berinteraksi dengan orang lain maupun dengan rekan kerja, seperti pendengar yang baik, menyampaikan pendapat secara jelas dan bekerja dalam satu tim.

d. *Problem solving*

Menyelesaikan masalah adalah proses aktivitas untuk menajamkan logika, berargumentasi dan menyelesaikan masalah serta kemampuan untuk mengetahui penyebab, mengembangkan alternatif dan menganalisa serta memilih penyelesaian yang baik.

Keterampilan merupakan domain yang meliputi perilaku gerakan dan koordinasi jasmani, keterampilan motorik dan kemampuan fisik seseorang. Keterampilan yang akan berkembang jika sering dipraktekkan ini dapat diukur berdasarkan jarak, kecepatan, kecepatan, teknik dan cara pelaksanaan. Rincian dalam domain ini tidak dibuat oleh Bloom, tapi oleh Dave pada tahun 1970 berdasarkan domain yang dibuat Bloom. Dalam aspek psikomotorik terdapat tujuh kategori mulai dari yang terendah hingga tertinggi:

a. Peniruan

Kategori ini terjadi ketika seseorang bisa mengartikan rangsangan atau sensor menjadi suatu gerakan motorik. Seseorang dapat mengamati suatu gerakan kemudian mulai melakukan respons dengan yang diamati berupa gerakan meniru, bentuk peniruan belum spesifik dan tidak sempurna.

b. Kesiapan

Kesiapan anak untuk bergerak meliputi aspek mental, fisik, dan emosional. Pada tingkatan ini, anak menampilkan sesuatu hal menurut petunjuk yang diberikan, dan tidak hanya meniru. Anak juga menampilkan gerakan pilihan yang dikuasainya melalui proses latihan dan menentukan responsnya terhadap situasi tertentu..

c. Respon Terpimpin

Merupakan tahap awal dalam proses pembelajaran gerakan kompleks yang meliputi imitasi, juga proses gerakan percobaan. Keberhasilan dalam penampilan dicapai melalui latihan yang terus menerus.

d. Mekanisme

Merupakan tahap menengah dalam mempelajari suatu kemampuan yang kompleks. Pada tahap ini respon yang dipelajari sudah menjadi suatu

kebiasaan dan gerakan bisa dilakukan dengan keyakinan serta ketepatan tertentu.

e. Respon Tampak Kompleks

Ini tahap gerakan motorik yang terampil yang melibatkan pola gerakan kompleks. Kecakapan gerakan diindikasikan dari penampilan yang akurat dan terkoordinasi tinggi, namun dengan tenaga yang minimal. Penilaian termasuk gerakan yang mantap tanpa keraguan dan otomatis.

f. Adaptasi

Pada tahap ini, penguasaan motorik sudah memasuki bagian dimana anak dapat memodifikasi dan menyesuaikan keterampilannya hingga dapat berkembang dalam berbagai situasi berbeda.

g. Penciptaan

Yaitu menciptakan berbagai modifikasi dan pola gerakan baru untuk menyesuaikan dengan tuntutan suatu situasi. Proses belajar menghasilkan hal atau gerakan baru dengan menekankan pada kreativitas berdasarkan kemampuan yang telah berkembang pesat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amirullah, 2003. Alat Evaluasi Keterampilan :Jurnal Nasiona Pendidikan Jasmani dan ilmu Keolahragaan. Jakarta. Depdiknas
- Dahro,A. 2012. Psikologi Kebidanan Analisis Perilaku Wanita Untuk. Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.*
- Damayanti. 2017. Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga (ASI Eksklusif) Di Kabupaten Sambas melalui Media Leaflet Berbahasa Daerah. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia. vol. 12, no. 1, pp. 1-12
- Kristina, dkk. 2007. Perilaku. Pengobatan Sendiri yang Rasional pada Masyarakat Kecamatan Depok dan Cangkringan Kabupaten sleman .Yogyakarta: Nuha. Medika.
- Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S 2010, Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi (Edisi Revisi). Jakarta : Rineka Cipta*
- Rachmawati, W.C. 2019. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Malag. Wineka Media.
- Sudarminta, 2012. Epistemologi Dasar, Pengantar ke Beberapa Masalah Pokok FilsafatPengetahuan. Yogyakarta: Kanisius
- Triwibowo, Cecep. 2015. Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.Nuha. Medika:Yogyakarta.*

## PROFIL PENULIS



Nama : Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes

Tempat, tanggal lahir : Sragen, 12 Juli 1976

Pendidikan : S1 Keperawatan dan Profesi PSIK UGM lulus tahun 2003

S2 Magister Kedokteran Keluarga UNS lulus tahun 2014

Dosen AKPER PPNI Surakarta (2000-2014)

Dosen AKPER Insan Husada Surakarta (2014-2021)

Dosen Prodi D III Keperawatan Politeknik Insan Husada Surakarta (2021 – sekarang)



**BAB 5**  
**DETERMINAN PERILAKU**  
**MENURUT *PRECEDE-PROCEED***  
***MODEL (LAWRENCE GREEN)***

**Urhuhu Dena Siburian, SKM, M.Kes**  
**Politeknik Kesehatan Kemenkes**  
**Medan**

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner perilaku adalah reaksi atau respon seseorang karena adanya suatu stimulus atau rangsangan dari luar. (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Perilaku kesehatan adalah hal-hal yang berkaitan dengan tindakan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. (Notoadmojo, 2014)(Notoatmodjo, 2010). Untuk itu diperlukan upaya untuk membentuk perilaku yang sesuai dengan kesehatan sehingga dapat mencapai kesehatan yang optimal dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perilaku yang tidak sesuai dengan kesehatan dirubah, salah satunya dengan melakukan kegiatan promosi kesehatan.

#### **A. PENGERTIAN *PRECEDE-PROCEED***

Salah satu teori perubahan perilaku yang dikemukakan oleh Lawrence W. Green dapat digunakan untuk mendiagnosis suatu masalah kesehatan, sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau untuk mengembangkan suatu model pendekatan dalam membuat perencanaan kesehatan yang dikenal dengan kerangka kerja *PRECEDE* dan *PROCEED*. Kerangka kerja *Precede* mempertimbangkan beberapa faktor yang membentuk status kesehatan dan membantu perencana terfokus pada faktor tersebut sebagai target untuk intervensi. (Priyoto, Dian Anisa, Anis Hartono, 2018).

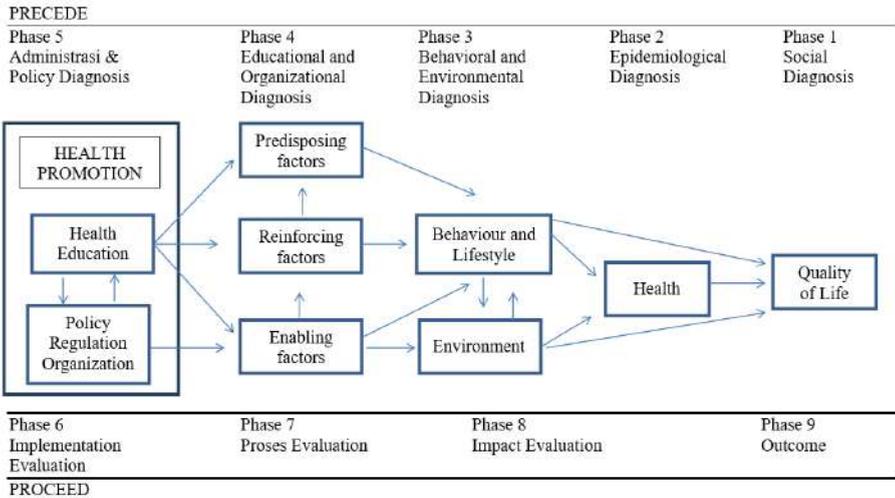
*PRECEDE* merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing & Enabling Construct in Ecosystem Educational Diagnosis and Evaluation*, merupakan satu model dalam pengembangan perencanaan (fase diagnosis, prioritas masalah dan penetapan tujuan) dari kegiatan promosi kesehatan.

Kemudian Green menyempurnakan kerangka tersebut menjadi *PRECEDE-PROCEED*. *PROCEED* merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, Organizational, Construct, in Educational dan Environmental Development*. *PRECEDE* digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program, sedangkan *PROCEED* digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, serta implementasi dan evaluasi. (Notoatmodjo, 2010).

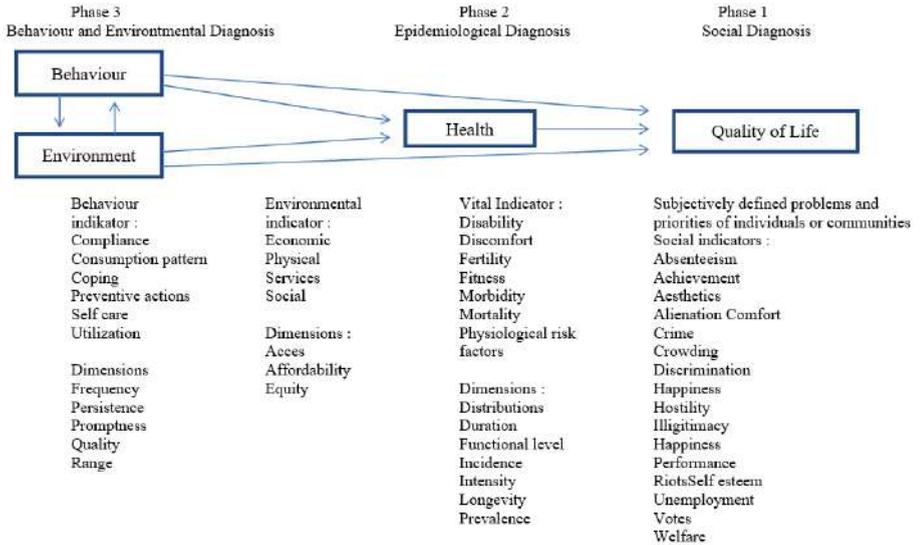
Model PRECEDE-PROCEED adalah Model partisipasi masyarakat yang berorientasi menciptakan masyarakat yang berhasil mengubah perilaku akibat intervensi promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Model PRECEDE – PROCEED memungkinkan suatu struktur komprehensif untuk menilai tingkat kesehatan dan kebutuhan kualitas kehidupan, merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan dan program kesehatan public lainnya. PRECEDE menggambarkan perencanaan proses diagnosis untuk membantu perkembangan program kesehatan atau edukasi kesehatan. PROCEED mendampingi proses implementasi dan evaluasi program atau intervensi yang telah dirancang dalam PRECEDE (Rachmawati, 2019).

PRECEDE mengarahkan perhatian awal pendidik kesehatan terhadap keluaran dan bukan terhadap masukan dan memaksanya memulai proses pendidikan kesehatan dari ujung “Keluaran”. Ini mendorong munculnya pertanyaan “mengapa” sebelum pertanyaan “bagaimana”. Dari sudut perencanaan, apa yang terlihat sebagai ujung yang salah sebagai tempat untuk memulai, kenyataannya adalah sesuatu yang benar. Orang mulai dengan keluaran akhir, kemudian bertanya tentang apa yang harus mendahului keluaran itu. Dinyatakan dalam cara lain, semua factor yang penting untuk suatu keluaran harus didiagnosis sebelum intervensi dirancang; jika tidak, intervensi akan didasarkan atas dasar tebakan (kira-kira) dan mempunyai resiko salah arah. (Priyoto, Dian Anisa, Anis Hartono, 2018)



**Gambar 5.1** Kerangka Precede-Proceed  
**Sumber :** (Notoatmodjo, 2010)



**Gambar 5.2** Indikator, Dimensi dan Hubungan Antar Faktor-faktor yang Diidentifikasi pada Fase 1, 2 dan 3 Pada Kerangka PRECEDE-PROCEED  
**Sumber :** (Notoatmodjo, 2010)

## **B. LANGKAH-LANGKAH *PRECEDE-PROCED***

### **Fase1 : Diagnosis Sosial (*Sosial Need Assesment*)**

Diagnosa sosial merupakan proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya.

Fase ini untuk mengetahui masalah sosial digunakan indikator sosial seperti yang tertera pada gambar di atas. Penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan data sensus ataupun vital statistik yang ada, maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung kepada masyarakat. Data dari masyarakat dapat dikumpulkan dengan cara wawancara dengan pemberi informasi yang akurat dan dipercaya, forum atau organisasi yang ada di masyarakat diskusi langsung dengan masyarakat (*Focus Group Discussion*) atau dengan melakukan survey ke masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

### **Fase 2. Diagnosis Epidemiologi**

Pada fase ini dicari factor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup individu ataupun masyarakat secara langsung maupun tidak langsung. Dilakukan penelusuran terhadap masalah-masalah kesehatan yang dapat menjadi factor penyebab dari dignosa social yang telah diprioritaskan. Untuk itu, perlu diperhatikan data kesehatan yang ada di masyarakat, baik data local, regional maupun nasional berdasarkan indicator kesehatan yang bersifat negative (morbiditas dan mortalitas) dan yang bersifat positif (cakupan imunisasi, cakupan kunjungan ibu hamil, angka harapan hidup, cakupan air bersih, cakupan rumah sehat) (Priyoto, Dian Anisa, Anis Hartono, 2018).

Pada fase ini harus diidentifikasi secara deskriptif yaitu individu atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (berdasarkan usia, jenis kelamin, tempat, suku dan lain-lain), bagaimana akibat atau pengaruh yang ditimbulkan (kejadian mortalitas, morbiditas, kecacatan yang ditimbulkan, tanda dan gejala yang dirasakan) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah tersebut (dapat dilakukan dengan intervensi berupa imunisasi/vaksinasi, perawatan dan pengobatan, perbaikan lingkungan maupun perubahan perilaku). Informasi tersebut sangat penting dan dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah, yang didasarkan dengan

pertimbangan seberapa besar masalah dan akibat yang ditimbulkannya serta adanya kemungkinan untuk diubah. (Notoatmodjo, 2010).

Prioritas masalah kesehatan dapat ditentukan dengan beberapa tahap, yaitu :

1. masalah dengan dampak terbesar dalam kehidupan seperti kematian, kesakitan, lama hari kehilangan kerja, biaya rehabilitasi dan sebagainya.
2. apakah merupakan kelompok yang rawan kesehatan, seperti ibu dan anak-anak yang beresiko
3. masalah yang rentan untuk dilakukan intervensi
4. masalah kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk meningkatkan derajat kesehatan
5. masalah yang belum pernah diintervensi
6. apakah merupakan prioritas untuk segera ditanggulangi di daerah atau nasional (Priyoto, Dian Anisa, Anis Hartono, 2018).

### **Fase 3. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan**

Fase ini mengidentifikasi masalah perilaku yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan, mengidentifikasi masalah lingkungan baik lingkungan fisik, biologi dan sosial, yang dapat mempengaruhi perilaku dan status kesehatan atau kualitas hidup individu, kelompok atau masyarakat. Perencana harus membedakan masalah perilaku yang dapat dikontrol secara individual atau melalui institusi.

Dalam mengidentifikasi masalah perilaku yang dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, indikator perilaku yang dapat digunakan seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilisasi*), upaya pencegahan (*preventive Action*), pola konsumsi makanan (*consumption pattern*), ketaatan (*compliance*), upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*). Dimensi perilaku yang digunakan adalah : *earliness* (secara dini), *quality* (kualitas), *persistence* (ketekunan), *frequency* (frekuensi) dan *range* (jangkauan). Sedangkan indikator lingkungan yang digunakan meliputi : keadaan sosial, tingkat ekonomi, lingkungan fisik dan pelayanan kesehatan, dengan dimensinya yang terdiri dari : keterjangkauan, kemampuan dan pemerataan. (Rachmawati, 2019).

Langkah yang harus dilakukan dalam diagnosis perilaku dan lingkungan adalah :

1. memisahkan factor perilaku dan non perilaku yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan
2. mengidentifikasi factor perilaku, berupa perilaku pencegahan (preventive action) dan perilaku perawatan atau pengobatan (treatment behaviour), sedangkan untuk factor lingkungan adalah mengeluarkan factor non perilaku yang tidak dapat diubah, seperti factor genetik dan demografis.
3. buat prioritas faktor perilaku dan lingkungan menurut besarnya pengaruh terhadap masalah kesehatan
4. urutkan factor perilaku dan lingkungan menurut kemungkinan untuk diubah
5. tentukan factor perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program
6. Langkah akhir adalah menetapkan apa tujuan dari perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai program. (Notoatmodjo, 2010).

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

Pendidikan (*education*) yang dimaksud adalah proses pembelajaran informal yang berbeda dengan pendidikan formal yang didapatkan di sekolah atau program pelatihan. Proses pembelajaran yang dimaksud merujuk pada proses pembelajaran sosial yang terjadi secara alami pada aktivitas individu sehari-hari sehingga individu dapat memahami dan dapat mengendalikan atau mengontrol lingkungannya.

Determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat dapat dilihat dari faktor :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) merupakan factor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terbentuknya perilaku seseorang. Pada umumnya factor predisposisi dapat dikatakan sebagai pertimbangan individu atau kelompok untuk terjadinya perilaku. Faktor predisposisi antara lain : pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan dan nilai atau norma yang diyakini seseorang dan karakteristik individu seperti usia, jenis kelamin, suku, pendidikan dan jenis pekerjaan. (Rachmawati, 2019). Misalnya seorang ibu hamil datang ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya karena ibu sudah mengetahui apa manfaat pemeriksaan kehamilan.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*), merupakan faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi untuk terjadinya perilaku atau

ada kemudahan untuk melaksanakannya. Faktor yang termasuk faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya rumah sakit, klinik bersalin, puskesmas, pustu, sumber air bersih, makanan bergizi, tempat olah raga, tempat pembuangan sampah, uang, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Misalnya ibu dengan tingkat ekonomi rendah mengetahui bahan makanan yang bergizi untuk pertumbuhan dan perkembangan balita tapi tidak mempunyai uang untuk membeli bahan makanan yang bergizi, akibatnya ibu tidak bisa menyediakan makanan yang bergizi untuk balitanya.

3. Faktor Penguat (*reinforcing factor*), merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Sering terjadi walaupun orang mengetahui untuk berperilaku sehat, tetapi orang tersebut tidak melakukannya. Faktor-faktor ini adalah sikap dan perilaku tokoh yang berpengaruh yang dapat mendorong orang untuk berperilaku, seperti masyarakat (toma), tokoh agama (toga), guru, dukungan suami dan juga sikap dan perilaku petugas kesehatan. Termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan (Ritonga, 2013).

Ketiga factor tersebut sebaiknya diperhatikan untuk menjalankan perilaku yang menguntungkan kesehatan sehingga tujuan promosi kesehatan dapat tercapai yaitu mewujudkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang tinggi. Untuk itu diupayakan kegiatan promosi kesehatan dengan menciptakan kondisi yang memungkinkan dan memotivasi masyarakat untuk berperilaku sehat dan membuat situasi bahwa perilaku sehat adalah pilihan yang tidak sulit untuk dilaksanakan (Susilawati, 2016).

Setelah diidentifikasi faktor pendidikan dan organisasional, selanjutnya ditetapkanlah apa tujuan pembelajaran yang akan dicapai sesuai dengan faktor predisposisi yang telah diidentifikasi. Di samping itu, sesuai dengan faktor pemungkin dan penguat yang juga telah diidentifikasi maka ditetapkan apa tujuan organisasional yang akan dicapai melalui upaya pengembangan organisasi dan sumber daya (Notoatmodjo, 2010).

## **Fase 5. Diagnosis Adminstrasi dan Kebijakan**

Pada fase ini dilakukan analisa tentang kebijakan, sumber daya yang tersedia dan peraturan yang berlaku dan kejadian-kejadian yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan.

Kebijakan yang dimaksud di sini adalah berbagai peraturan yang digunakan sebagai petunjuk untuk melaksanakan kebijakan dan penguatan hukum serta perundang-undangan dan “organisasional” adalah kegiatan memimpin atau mengkoordinasi sumber daya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program.

Pada diagnosa administrasi dilakukan 3 penilaian, yaitu : sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program, sumber daya yang ada di organisasi dan masyarakat, serta faktor penghambat dalam pelaksanaan program. Sedangkan pada diagnosa kebijakan dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program dan mendukung kegiatan masyarakat yang kondusif bagi kesehatan.

Pada fase ini kita melangkah dari perencanaan dengan PRECEDE ke implementasi dan evaluasi dengan PROCEED. PRECEDE digunakan untuk meyakinkan bahwa program akan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan individu atau masyarakat sasaran. PROCEED untuk meyakinkan bahwa program akan tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh sebab itu, penilaian sumber daya yang dibutuhkan dapat meyakinkan keberadaan program, perubahan organisasional dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dijangkau, perubahan politis dan peraturan dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat diterima oleh masyarakat dan evaluasi dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dipertanggungjawabkan pada penentu kebijakan, administrator, konsumen/klien, dan stake holder terkait, yaitu untuk menilai apakah program sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. (Notoatmodjo, 2010).

## **Fase 6. Implementasi**

Pada fase ini adalah mengimplementasikan intervensi yang telah ditetapkan pada fase 5. Kunci keberhasilan implementasi adalah (1). Pengalaman (2). sensitive terhadap kebutuhan (3). fleksibel dalam situasi kondisi (4). fokus pada tujuan (5). *sense of humor*

### **Fase 7. Evaluasi Proses**

Dalam fase ini yang dilakukan adalah mengevaluasi program promosi kesehatan yang telah dilaksanakan.

Evaluasi adalah membandingkan tujuan dengan standar yang telah ditetapkan (*object of interest*) yang perlu diperhatikan adalah :

1. mengukur *quality of life*
2. indicator status kesehatan
3. factor perilaku dan lingkungan
4. factor *predisposing, enabling, reinforcing*
5. aktivitas intervensi
6. metode
7. perubahan kebijakan, regulasi atau organisasi
8. tingkat keahlian staf
9. kualitas penampilan dan pendidikan

### **Fase 8. Evaluasi Impact**

Yaitu menilai efek langsung dari program pada target perilaku (*predisposing, enabling, reinforcing factors*) dan factor lingkungan.

### **Fase 9. Evaluasi Outcome**

Yaitu evaluasi terhadap masalah pokok yang pada proses awal perencanaan akan diperbaiki. Evaluasi outcome yang menentukan efek terbesar pada intervensi di bidang kesehatan dan kualitas kehidupan suatu populasi, misalnya status kesehatan dan kualitas hidup (*quality of life*).

Pada kenyataan di lapangan, PRECEDE dan PROCEED merupakan satu lingkaran yang berkesinambungan. Informasi yang didapatkan pada PRECEDE diarahkan untuk perkembangan tujuan program dan pelaksanaan intervensi pada fase implementasi PROCEED. Informasi tersebut juga memberikan kriteria terhadap program mana yang berhasil pada fase evaluasi PROCEED. Sebagai timbal balik, data yang didapatkan pada fase implementasi dan evaluasi PROCEED membuat jelas apa yang dinilai pada PRECEDE tentang kesehatan atau outcome kualitas hidup, perilaku dan factor lingkungan yang mempengaruhinya. Data ini juga menunjukkan bagaimana suatu program dapat dimodifikasi untuk semakin mendekati tujuan dan target yang diinginkan (Susanto, 2010).

## DAFTAR PUSTAKA

- Notoadmojo, S. (2014) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Priyoto, Dian Anisa, Anis Hartono, A. P. (2018) *Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Rachmawati, W. C. (2019) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.
- Ritonga, P. T. (2013) *Analisis Faktor Predisposing, Enabling dan Reinforcing terhadap Tindakan Pemilik Anjing melalui Gigitan Hewan Penular Rabies (HPR) di Kecamatan Tarutung Kabupaten Tapanuli Utara*. Universitas Sumatera Utara Medan.
- Susanto, D. (2010) "Precede-Proceed."
- Susilawati, D. (2016) "Promosi Kesehatan," in. Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.

## PROFIL PENULIS



**Urhuhe Dena Siburian.,** Lahir di Sei Bejangkar, 08-12-1972, menyelesaikan pendidikan SD sampai SMA di Kisaran Kabupaten Asahan, Sumatera Utara. Melanjutkan kuliah S1 dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat USU Medan jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Saat ini aktif sebagai dosen di Prodi D III Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan.

Email: [denasiburian2019@gmail.com](mailto:denasiburian2019@gmail.com)



**BAB 5**  
**DETERMINAN PERILAKU**  
**MENURUT *THEORY OF***  
***REASONED ACTION* DAN**  
***PLANNED BEHAVIOR***

**Aprilia Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

## A. PENDAHULUAN

Sebelum kita membahas tentang Theory of Reasoned Action (TRA) dan Theory Planned Behavior (TPB) dalam bab ini marilah kita amati fenomena yang terjadi selama tahun 2020 sampai dengan saat ini terkait dengan upaya vaksinasi yang dilakukan pemerintah dalam rangka menurunkan angka kesakitan akibat Covid-19. Pada awal gerakan vaksinasi ini dipublikasikan kepada masyarakat lalu mendorong masyarakat berebutan untuk mendaftar secara online maupun melalui lembaga. Setiap hari pemberitaan di media berisi tentang penyebaran dan dampak penyakit yang diakibatkan oleh virus SAR-Covid yang ditemukan pertama kali kasusnya pada tahun 2019 di Wuhan. Semakin hari pemberitaan bertambah mencekam dengan grafik insiden kasus yang merangkak naik dan angka kematian yang terus bertambah tiap hari di media elektronik. Masyarakat pun menunggu-nunggu kapan vaksin yang dijanjikan oleh pemerintah ini didapatkan. Ketika ada pengumuman vaksinasi, orang-orang mulai bersiap untuk berebut kuota harian yang dibatasi dengan pendaftaran melalui situs online.

Ada berbagai pendapat masyarakat mengenai alasan melakukan vaksinasi Covid-19, misalnya ada yang takut meninggal akibat Covid-19, ada yang dengan kesadaran penuh bahwa dengan vaksinasi akan menjaga dirinya apabila sampai terkena Covid-19, ada yang karena alasan persyaratan mobilisasi dan administrasi, ada yang sekedar memenuhi kewajiban maupun ikut-ikutan orang terdekat, serta alasan lainnya. Apapun alasannya, hasil akhirnya perilakunya yaitu orang datang ke lokasi vaksinasi, mengantri, menunjukkan bukti pendaftaran dan identitas untuk verifikasi, diskriming, kemudian divaksin dan mendapatkan sertifikat vaksinasi.

Mari sekarang kita coba bertanya pada diri kita sendiri, bagi yang telah mendapatkan vaksinasi, “Apakah alasan saya melakukan vaksinasi Covid-19? Siapa orang-orang yang menyebabkan saya berpikir bahwa vaksinasi itu penting? Apa yang menjadi dorongan paling kuat dari dalam diri saya untuk segera mendapatkan vaksinasi? Apakah saya berupaya keras memikirkan cara agar mendapatkan vaksinasi? Apakah ada hambatan dalam mendapatkan vaksinasi?”. Namun, tidak semua orang memiliki pemikiran, sikap dan upaya yang sama mengenai vaksinasi ini. Masih ada orang-orang yang menolak untuk divaksin dengan alasan tertentu, meskipun memang ada orang-orang yang tidak mendapat rekomendasi dari dokter karena kondisi kesehatannya.

Dalam persepsi orang yang bersedia divaksinasi mungkin muncul perasaan heran dan kepada orang-orang yang menolak divaksinasi meskipun memenuhi syarat untuk mendapatkan, bahkan ada yang sengaja tidak hadir meskipun namanya sudah didata oleh perangkat desa dan Satgas Covid-19 setempat. Dan pada akhirnya kita juga melihat dari pemberitaan media bahkan petugas sampai jempot bola untuk melakukan vaksinasi ke rumah-rumah.

Ketika menyimak fenomena-fenomena yang terjadi mengenai vaksinasi ini kita sepakat bahwa perilaku manusia bermacam-macam dan unik. Perilaku yang ditunjukkan adalah aksi untuk melakukan atau tidak melakukan vaksinasi. Sekali lagi, perilaku individu itu unik, lahir dari pertimbangan yang ada dalam pikirannya, apa yang diyakininya, dipengaruhi oleh beberapa hal di luar dirinya.

Para ahli sangat tertarik untuk mempelajari mengenai perilaku manusia. Ilmu yang mempelajari perilaku sangat berkembang dan dinamis. Deskripsi kasus di atas memberitahu kita bahwa ketika melakukan satu hal maka ada penjelasan bagaimana perilaku terbentuk dan faktor-faktor apa yang mempengaruhinya. Ada banyak teori yang muncul mengenai determinan atau faktor yang menentukan perilaku manusia. Dalam bab ini akan diuraikan determinan perilaku menurut Theory of Reasoned Action atau teori tindakan beralasan dan Theory of Planned Behavior atau teori perilaku direncanakan. Adalah alasan penting untuk kita mempelajari dua teori ini dalam perilaku manusia karena kaitannya dengan aspek sosio-psikologi. Teori ini telah banyak digunakan dalam penelitian bidang komunikasi masa, sumber daya manusia, manajemen, bisnis dan ekonomi. Rupanya teori ini terus berkembang juga di bidang kesehatan yang menyangkut pendekatan atau modifikasi perilaku manusia, teori ini dikembangkan dalam kerangka konsep studinya.

## **B. SEJARAH PENEMUAN TEORI TINDAKAN BERALASAN (*THEORY OF REASONED ACTION*) DAN TEORI PERILAKU YANG DIRENCANAKAN (*THEORY OF PLANNED BEHAVIOR*)**

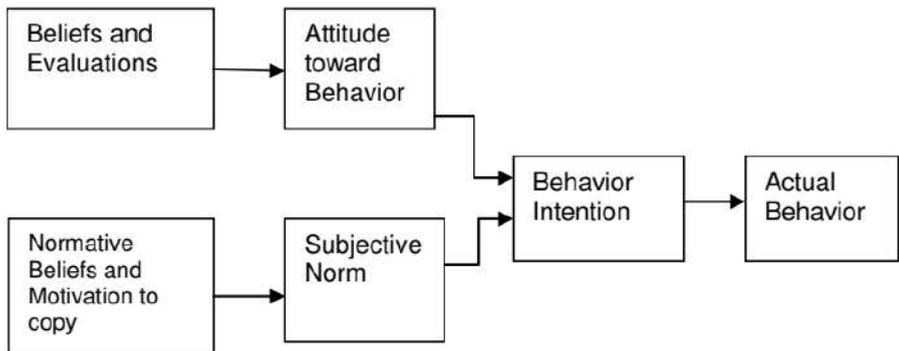
Icek Ajzen adalah seorang professor psikologi di University of Massachusetts dengan gelar Ph.D di bidang psikologi sosial dari University of Illinois dan menjadi Visiting Professor at Tel-Aviv University di Israel selama

beberapa tahun. Ia banyak menulis artikel, dan bersama Martin Fishbein menulis berbagai paper, jurnal dan buku-buku mengenai Theory of Reasoned Action dan Theory of Planned Behavior. Martin Fishbein adalah profesor pada Department of Psychology and the Institute of Communications Research pada University of Illinois di Urbana. Ia juga seorang konsultan pada the International Atomic Energy Agency, The Federal Trade Commission and Warner Communications, Inc. Fishbein telah menulis buku *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research* pada tahun 1975 bersama dengan Ajzen. Ia juga telah banyak menulis buku teks, dan artikel-artikel lainnya. Fishbein berpikir mengenai peran sikap dalam mempengaruhi perilaku di awal 1960-an dan di awal 1970-an berkolaborasi dengan Ajzen mengembangkan Theory of Reasoned Action dan Theory of Planned Behavior.

Theory of Reasoned Action (TRA) dikembangkan tahun 1967, selanjutnya teori tersebut terus direvisi dan diperluas oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein. Mulai tahun 1980 teori tersebut digunakan untuk mempelajari perilaku manusia dan untuk mengembangkan intervensi-intervensi yang lebih focus pada perilaku manusia. Pada Tahun 1988, ada hal yang ditambahkan pada *model reasoned action* yang sudah ada tersebut dan kemudian dinamai Theory of Planned Behavior (TPB). Kekurangan yang ditemukan dari hasil penelitian Ajzen dan Fishbein yang menggunakan TRA coba diatasi dengan pengembangan TPB. Pada TRA determinan perilaku ditentukan oleh niat atau keinginan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu. Niat atau keinginan tadi ditentukan oleh variabel yaitu sikap dan norma subyektif. Pengembangan TRA menjadi TPB ini adalah menambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA yaitu *perceived behavioral control* (PBC) atau perilaku kontrol yang dirasakan.

### **C. TEORI TINDAKAN BERALASAN (*THEORY OF REASONED ACTION*)**

Tahun 1967 teori Tindakan Beralasan (Theory of Reasoned Action) dirumuskan sebagai upaya memberikan konsistensi dalam studi hubungan antara perilaku dan sikap (Fishbein dan Ajzen 1975; Werner 2004).



Gambar 1. Konstruk yang membangun perilaku menurut TRA  
 Sumber: Fishbein dan Ajzen (1975) *cit.* Mahyarni (2013)

Dalam TRA, perilaku (*behavior*) diasumsikan sebagai hasil dari niat (*behavioural intention*). Niat menjadi prediktor yang terbaik dari perilaku seseorang, terutama sebagian besar perilaku yang dilakukan secara sukarela. Misalnya perilaku berolah raga dihasilkan dari niat atau keinginan seseorang untuk berolah raga. Nah, selanjutnya mari kita pelajari apa saja yang membangkitkan niat seseorang untuk melakukan sesuatu. Berdasarkan TRA niat dibangun dari dua faktor yaitu sikap dan norma subyektif.

## 2. Sikap

Sikap untuk melakukan perilaku tertentu (*attitude to the specific behaviour*) misalnya “berolah raga adalah sesuatu yang baik bagi saya lakukan”. Menurut TRA sikap terbentuk dari dua hal yaitu:

- a. keyakinan terhadap hasil dari perilaku tertentu, misalnya seseorang berpikir bahwa dengan berolah raga maka dia akan lebih sehat dan dapat menurunkan berat badan.
- b. evaluasi dari hasil, misalnya begini “menjadi lebih sehat dan langsing sangat menyenangkan, memuaskan dan membahagiakan”

Keyakinan terhadap hasil yang akan didapat dan penilaian seseorang terhadap hasil yang diperoleh dari sebuah perilaku inilah yang menyumbangkan sikap tertentu pada seseorang.

## 3. Norma Subyektif

Norma subyektif (*subjective norms*) menjadi faktor penentu niat selanjutnya. Misalnya seseorang beranggapan bahwa “berolah raga

adalah sesuatu yang perlu untuk dilakukan”. Norma subyektif ini dipengaruhi oleh dua hal yaitu

- a. keyakinan normatif tentang perilaku, seringkali apa yang diyakini orang lain akan mempengaruhi sikap kita. Hal ini berbicara tentang apa yang orang lain pikirkan apa yang seharusnya kita lakukan, misalnya suami saya berpikir saya seharusnya berolah raga.
- b. motivasi untuk mematuhi atau memenuhi, karena adanya keyakinan tentang perilaku apa yang orang harapkan untuk kita lakukan maka akan muncul dorongan dari dalam diri sendiri dengan sadar maupun tidak sadar untuk melakukan sesuatu demi mencapai tujuan tertentu ataupun mendapatkan kepuasan dari tindakannya. Apa yang menurut orang lain harus saya lakukan dan apa yang saya inginkan.

Dua hal yang sedang kita bahas dalam norma subyektif ini mari coba kita contohkan dalam hubungannya dengan perilaku berolah raga di atas. Seseorang mungkin berpikir bahwa olah raga adalah perilaku yang sehat. Ini berkembang dari keyakinan bahwa “suami saya berpikir saya harus berolah raga” dan lalu muncul dorongan “saya menghargai pendapat suami saya dan ingin mengikuti keinginannya”. Norma subyektif ini dapat disebut juga dengan “tekanan sosial” yang dipersepsikan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Oleh karena itu pada umumnya norma subyektif ini diekspresikan sebagai motivasi seseorang untuk mematuhi kelompok-kelompok rujukan atau yang dianggap sebagai *role model*.

#### **D. TEORI PERILAKU YANG DIRENCANAKAN (*THEORY OF PLANNED BEHAVIOR*)**

Keterbatasan individu dalam melakukan perilaku tertentu menjadi hal yang harus dipahami dan perlu mengembangan dari teori yang sudah ada sebelumnya. Ajzen (1991) mengembangan prediktor perilaku yaitu *perceived behavioral control* (PBC) atau perilaku kontrol yang dirasakan. Namun, baik TRA maupun TPB berfokus pada konstruksi yang berkaitan dengan intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu.

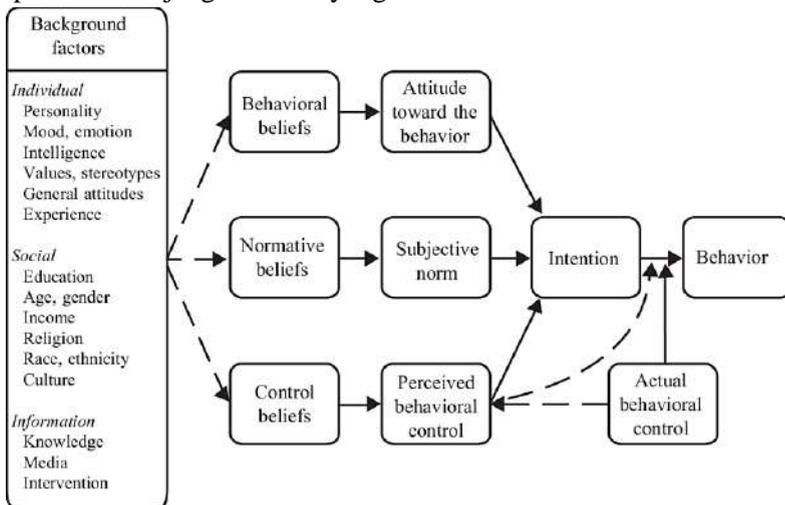
*“Intention is an indication of a person’s readiness to perform a given behavior, and it is consider to be the immediate antecedent of behavior. The*

*intention is based on attitude toward behavior, subjective norm, and perceived behavioral control, with each predictor weighted for its importance in relation to the behavior and population of interest” (Ajzen, 2005).*

Menurut Ajzen niat seseorang untuk berperilaku (*intention*) dapat digunakan untuk meramalkan seberapa kuat individu ingin menampilkan tingkah laku dan tingkat usaha yang direncanakan atau akan dilakukan untuk menampilkan perilaku tertentu. Intensi ditegaskan menjadi pendahulu dari suatu perilaku yang muncul pada diri seseorang.

Dalam Theory of Planned Behavior terdapat empat elemen yang sering dikenal dengan istilah TACT, yaitu :

1. *target*, adalah obyek yang menjadi sasaran perilaku. Obyek yang dimaksud ini digolongkan menjadi tiga yaitu :
  - a. orang tertentu/ obyek tertentu atau disebut *particular object*
  - b. sekelompok orang/ sekelompok obyek atau disebut *a class of object*
  - c. orang atau obyek pada umumnya atau disebut *any object*
2. *action*, artinya tindakan dan dapat diartikan sebagai perilaku yang akan diwujudkan secara nyata.
3. *context*, artinya konteks atau situasi yang mendukung dengan suatu perilaku, berbicara tentang cara dan di mana perilaku akan diwujudkan.
4. *time*, yaitu waktu terjadinya perilaku yang meliputi waktu tertentu, dalam satu periode atau jangka waktu yang tidak terbatas.



Gambar 2. Bagan Konstruksi Theory of Planned Behavior (TPB)

TPB menggunakan tiga konstruk sebagai antecedent dari intensi yaitu:

1. Sikap terhadap perilaku (*Attitude Toward Behavior*)

Sikap seseorang terhadap perilaku dapat disebut sebagai faktor personal. Sikap merupakan evaluasi individu baik positif maupun negatif terhadap objek sikap berupa benda institusi, orang, kejadian, perilaku, maupun minat tertentu. Sikap ditentukan dari evaluasi seseorang mengenai konsekuensi suatu perilaku yang diasosiasikan dengan suatu perilaku, dengan melihat kuatnya hubungan antara konsekuensi tersebut dengan suatu perilaku. Maka dapat disimpulkan bahwa jika seseorang memiliki *belief* atau keyakinan yang kuat bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi yang positif, maka sikap terhadap perilaku tersebut akan positif. Akan tetapi jika *belief* terhadap perilaku tersebut negatif, maka sikap yang terbentuk terhadap suatu perilaku tersebut akan negatif. Jadi, sebelum memutuskan untuk berperilaku tertentu dalam diri seseorang akan terlebih dahulu melakukan kajian sehingga muncul penilaian apakah perilaku yang akan dilakukan tersebut baik dan akan dilakukan, atau perilaku itu buruk sehingga tidak akan dilakukan. Mari kita kembali berbicara dalam contoh kasus vaksinasi Covid-19 di atas. Berbagai macam perilaku masyarakat muncul. Bagaimana dengan anda? Apakah anda sudah dapat mengidentifikasi faktor personal atas pilihan anda?

Ada orang yang berpendapat bahwa vaksinasi ini penting untuk memberi perlindungan pada dirinya dari penularan atau keparahan gejala apabila terinfeksi sehingga orang tersebut menilai vaksinasi itu penting, baik dan wajib dilakukan. Secara umum, semakin individu memiliki evaluasi bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi positif maka individu akan cenderung bersikap *favorable (baik)* terhadap perilaku tersebut; sebaliknya, semakin individu memiliki evaluasi negatif maka individu akan cenderung bersikap *unfavorable* terhadap perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

Sekali lagi, komponen yang menyumbangkan pengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu adalah kombinasi antara *behavioral belief* dan *outcome evaluation*. *Behavioral belief* adalah keyakinan seseorang tentang konsekuensi positif atau negatif dari perilaku tertentu. *Outcome*

*evaluation* adalah evaluasi seseorang terhadap konsekuensi/ akibat yang akan didapat dari sebuah perilaku.

Rumus dalam teori ini adalah sikap terhadap perilaku (AB) didapatkan dari penjumlahan hasil kali antara *belief* terhadap *outcome* yang dihasilkan ( $b_i$ ) dengan evaluasi terhadap *outcome* ( $e_i$ ).

$$A_B = \sum b_i e_i$$

*Individu yang percaya melakukan suatu perilaku tertentu akan menyebabkan hasil tertentu dan sebagian besar hasil tertentu tersebut dievaluasi sebagai hasil yang positif bagi dirinya maka ia akan memiliki sikap yang baik terhadap perilaku tersebut. Sementara orang yang percaya bahwa melakukan perilaku tersebut sebagian besar akan membawa hasil negatif cenderung memiliki sikap yang kurang baik.*

## 2. Norma subyektif

Norma subjektif didefinisikan sebagai persepsi individu tentang tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku (Ajzen, 2005). Norma subjektif ditentukan oleh kombinasi antara 1) *normative belief* individu dan 2) *motivation to comply*. Norma subyektif ini lebih mudah kita sebut dengan faktor sosial. Dalam cakupannya adalah persepsi individu terhadap tekanan sosial dari lingkungan di luar dirinya yang mendorong seseorang memutuskan untuk harus menampilkan atau tidak harus menampilkan perilaku tertentu. Ajzen (2005) mengatakan norma subjektif merupakan fungsi yang didasarkan oleh *belief* yang disebut *normative belief*, yaitu *belief* mengenai kesetujuan dan atau ketidaksetujuan yang berasal dari *referent* atau orang dan kelompok yang berpengaruh bagi individu (*significant others*) seperti orang tua, pasangan, teman dekat, rekan kerja atau lainnya terhadap suatu perilaku.

Pertama, keyakinan normatif (*normative belief*) berasal dari keyakinan seseorang mengenai orang-orang terdekatnya (*significant others*) yang mendukung atau menolak pada tampilan perilaku tersebut. Keyakinan normatif didapat dari *significant others* tentang apakah individu perlu, harus, atau dilarang melakukan perilaku tertentu dan dari

seseorang yang berhubungan langsung dengan perilaku tersebut. Biasanya semakin individu mempersepsikan bahwa *social referent* yang mereka miliki mendukung mereka untuk melakukan suatu perilaku maka individu tersebut akan cenderung merasakan tekanan sosial untuk memunculkan perilaku tersebut. Dan sebaliknya semakin individu mempersepsikan bahwa *social referent* yang mereka miliki tidak menyetujui suatu perilaku maka individu cenderung merasakan tekanan sosial untuk tidak melakukan perilaku tersebut. *Referent* merupakan orang atau kelompok sosial yang sangat berpengaruh bagi seseorang baik itu orang tua, pasangan (istri atau suami), teman. Ketika seseorang ingin menampilkan perilaku, maka ia akan menyesuaikan perilaku tersebut dengan norma kelompoknya sehingga kecenderungan untuk menampilkan perilaku akan semakin besar jika kelompok bisa menerima perilaku tersebut. Kelompok ini bisa saja berupa orangtua, saudara, teman dekat, dan orang yang berkaitan dengan perilaku tersebut.

Fishbein dan Ajzen (1975) mengatakan bahwa kekuatan sosial menjadi bagian dari norma subjektif. Kekuatan sosial yang disebutkan sebelumnya terdiri dari *reward* atau *punishment* yang disampaikan oleh individu terhadap individu lainnya, rasa senang individu terhadap individu tersebut, seberapa besar dianggap sebagai seseorang yang berpengalaman serta keinginan dari individu tersebut. Secara normal, menurut Ajzen (2005) cenderungnya suatu individu memiliki pemahaman bahwa individu tersebut menyarankan untuk melaksanakan suatu perilaku maka tekanan sosial yang dirasakan akan semakin besar, sebaliknya apabila memberikan sugesti untuk tidak melaksanakan suatu perilaku maka tekanan sosial yang dirasakan cenderung berkurang.

Dan aspek kedua yaitu *motivation to comply* (keinginan untuk mengikuti) adalah motivasi individu untuk menampilkan atau mematuhi perilaku yang diharapkan *significant others*. Individu yang percaya bahwa *significant others* menyetujui suatu perilaku, maka ini akan menjadi tekanan sosial bagi individu untuk melakukan perilaku tersebut dan begitu sebaliknya. Hubungan antara dua aspek norma subjektif di atas dapat digambarkan dalam persamaan berikut:

$$SN = \sum ni mi$$

Berdasarkan rumus di atas norma subjektif (SN) didapat dari penjumlahan hasil kali dari *normative belief* (*ni*) dengan *motivation to comply* (*mi*). Dengan kata lain, orang percaya bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya akan mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tertentu, maka hal ini menyebabkan ia menjadi terdorong untuk melakukannya. Sebaliknya, jika ia percaya individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadap dirinya tidak mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tertentu, maka hal ini membuat dirinya untuk tidak melakukan tingkah laku tersebut.

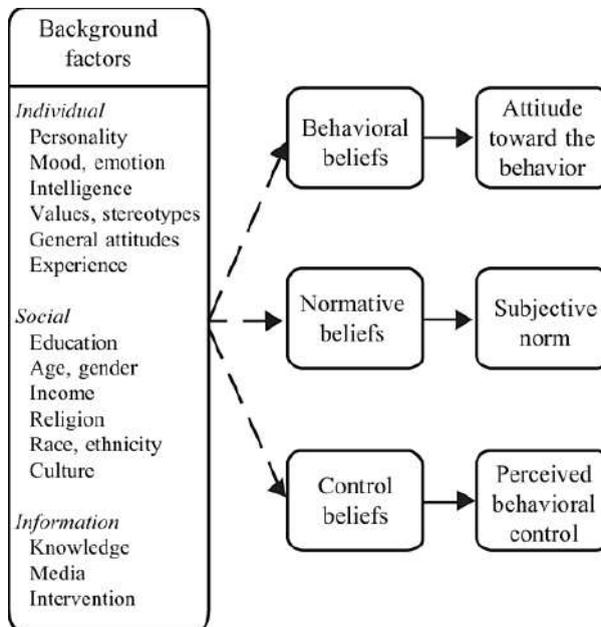
Jika berbicara dalam fenomena vaksinasi yang diprogramkan oleh pemerintah mari kita perhatikan bagaimana masyarakat sebagai faktor sosial memengaruhi intensi seseorang untuk mendapatkan vaksinasi. Contohnya, ada seorang ibu rumah tangga mendapat informasi lisan dari kader kesehatan bahwa ada program vaksinasi Covid-19 gratis di puskesmas. Kader ini sangat antusias dalam menjelaskan manfaat vaksinasi dan mengajak ibu ini untuk memenuhi undangan. Ibu ini bersemangat dan sudah muncul keinginan untuk mendapatkan vaksinasi. Ia berpikir tentunya kader dan petugas kesehatan mengharapkan dirinya mengikuti. Lalu, ketika membicarakannya di rumah dengan suaminya si ibu menjadi bimbang karena suaminya mengatakan setelah mendapat vaksinasi biasanya ada gejala yang mengikutinya atau disebut KIPI (kejadian ikutan paska vaksinasi), demam, sakit di bagian lengan, lemas, mengantuk, seperti gejala flu dan lain-lain. Suaminya berpendapat bahwa istrinya tidak usah melakukan vaksinasi saja. Bagaimanapun, kader kesehatan dan suami ibu ini menjadi faktor sosial yang memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan ibu ini untuk mengikuti vaksinasi atau tidak. Kader adalah orang yang bertugas sebagai perpanjangan tangan pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan, tentu saja menjadi orang yang penting dan dipandang di masyarakat mengingat perannya. Suami bagi ibu ini juga adalah orang yang berpengaruh dalam mengambil keputusan. Tampaknya secara norma subyektif yang ada pada kasus ibu ini memerlukan faktor penentu lainnya untuk memunculkan intensi ibu ini terhadap vaksinasi.

3. Perasaan tentang kemampuan mengontrol segala sesuatu (*perceived behavioral control*) atau faktor kendali yang merupakan penilaian individu tentang mudah atau sulitnya dalam menampilkan perilaku tertentu. Keberadaan faktor pendukung memberikan peran penting dalam hal pengendalian atas kontrol perilaku. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit faktor pendukung yang dirasakan oleh individu maka individu tersebut akan kesulitan untuk memahami perilaku yang dilakukan (Ajzen, 2005). Seorang yang memiliki sikap yang positif, dukungan dari orang-orang di sekitar dan sedikitnya hambatan untuk melakukan suatu perilaku, maka orang itu akan memiliki niat yang kuat dibandingkan ketika memiliki sikap yang positif dan dukungan dari orang sekitar namun banyak hambatan yang ada untuk melakukan perilaku tersebut. Umumnya seseorang menunjukkan intensi untuk menampilkan perilaku tertentu apabila ia telah mengevaluasi secara positif, terdapat tekanan sosial yang menguatkan dorongan untuk melakukan sesuatu, dan ketika seseorang merasa mempunyai kesempatan dan kemauan untuk melakukan perilaku tersebut. Semakin menguat atau meningkatnya intensi seseorang untuk melakukan perilaku tertentu maka akan memberikan kesempatan yang lebih besar seseorang tersebut menampilkan perilaku itu. Hubungan intensi dan perilaku ini adalah berbanding lurus. Dalam konstruk TPB ini, *perceived behavioral control* atau faktor kendali dapat secara langsung memengaruhi perilaku seseorang ketika memiliki kontrol diri yang lebih besar, mendapat kesempatan dan memiliki kemampuan. Semakin banyak sumber yang dibutuhkan dan kesempatan yang dianggap telah ia miliki dan lebih sedikit penghalang atau penghambat yang mereka rasakan, semakin besar kontrol yang mereka persepsi atas perilaku. Semakin individu merasakan banyak faktor pendukung dan sedikit faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka lebih besar kontrol yang mereka rasakan atas perilaku tersebut dan begitu juga sebaliknya, semakin sedikit individu merasakan faktor pendukung dan banyak faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka individu akan cenderung mempersepsikan diri sulit untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

#### 4. Faktor Latar Belakang

Berikutnya yang akan kita bahas adalah faktor latar belakang dari konstruk yang membangun *behavioral beliefs*, *normative beliefs* dan *control beliefs*. Ada tiga jenis latar belakang yang dibahas yaitu:

- a. Faktor individu, termasuk di dalamnya adalah kepribadian, mood, emosi, intelegensi, nilai, stereotype, sikap secara umum dan pengalaman yang dimiliki.
- b. Faktor sosial, yaitu pendidikan, usia, jenis kelamin, agama, pendapatan, ras, etnik dan budaya.
- c. Faktor informasi diperoleh dari pengetahuan, media, intervensi tertentu.



Gambar 3. Faktor Latar Belakang yang Membangun Konstruksi TPB

Konstruksi TPB ada dua (2) ciri penting dari teori ini, yaitu

- a. Teori ini mengasumsikan bahwa *perceived behavioral control* mempunyai implikasi motivasional pada intensi. Seseorang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber daya ataupun peluang

untuk melakukan perilaku tertentu tidak mungkin menunjukkan intensi perilaku yang kuat meskipun mempunyai *attitude toward behavior* yang positif dan percaya bahwa orang-orang yang penting baginya akan menyetujui ia melakukan perilaku tersebut.

- b. Ciri yang kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara *perceived behavioral control* dan perilaku. Tampilnya perilaku tidak hanya tergantung pada motivasi untuk melakukannya, tetapi juga pada kontrol yang adekuat terhadap perilaku tersebut. Menurut teori ini *perceived behavioral control* dapat membantu untuk memprediksi pencapaian tujuan dari intensi perilaku. *Perceived behavioral control* adalah refleksi dari aktual dari kontrol dengan beberapa derajat akurasi. Atau dapat kita sebut bahwa *perceived behavioral control* dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung melalui intensi, maupun memprediksi perilaku secara langsung karena *perceived behavioral control* merupakan pengganti dari pengukuran aktual dari kontrol. Tanda panah putus-putus pada gambar di atas mengindikasikan bahwa hubungan antara *perceived behavioral control* dan perilaku diharapkan muncul hanya ketika terdapat kesamaan antara persepsi terhadap kontrol dan kontrol aktual seseorang terhadap perilaku (Ajzen, 2005). *Behavioral belief* dianggap menentukan sikap, *normative belief* dipandang sebagai menentukan norma subjektif dan *control belief* yang kuat mengenai faktor-faktor yang ada akan memfasilitasi suatu perilaku, maka seseorang tersebut memiliki persepsi yang tinggi untuk mampu mengendalikan suatu perilaku. Namun sebaliknya, seseorang akan memiliki *control belief* yang kuat mengenai faktor-faktor yang menghambat perilaku. Hubungan antara *control belief* dan *perceived power control* dapat dilihat pada rumus berikut:

$$PBC = \sum ci pi$$

Berdasarkan rumus di atas *perceived behavioral control* (PBC) didapat dari penjumlahan hasil kali *control belief* (ci) dengan *perceived power control* (pi). Hasilnya dapat dilihat dari jumlah *control belief* yang dapat diukur. Dengan kata lain, orang yang memiliki *control belief* yang kuat mengenai faktor – faktor yang ada yang akan memfasilitasi perilaku

tertentu, maka orang tersebut memiliki persepsi yang tinggi untuk mampu mengendalikan suatu perilaku. Sebaliknya, orang tersebut akan memiliki persepsi yang rendah dalam mengendalikan suatu perilaku jika ia memiliki *control belief* yang kuat mengenai faktor-faktor yang menghambat perilaku.

#### **E. IMPLIKASI *THEORY OF REASONED ACTION* DAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR***

TRA dan TPB jelas dikembangkan oleh pakar di bidang keahlian psikologi. Teori ini terus diuji dan dikembangkan mengikuti perkembangan dan tuntutan jaman. Keterkaitan intensi seseorang dalam memengaruhi perilaku tertentu rupanya telah banyak dimanfaatkan oleh banyak bidang. Modifikasi dan inovasi pada determinan-determinan yang memengaruhi intensi terus diupayakan untuk mencapai tujuan organisasi. Demikian pula penerapannya dalam bidang kesehatan, teori ini telah banyak digunakan untuk mengembangkan perilaku tertentu yang diharapkan baik pada petugas kesehatan maupun pada pasien. Dalam bagian ini kita coba akan lihat satu hasil penelitian kesehatan yang menggunakan TPB untuk memprediksi perilaku perawat.

Laili (2016) melakukan penelitian perilaku perawat dalam memberikan edukasi pada pasien diabetes mellitus. Penelitian dilakukan di 62 puskesmas di seluruh wilayah Jawa Timur dengan responden 112 perawat. Hasilnya menunjukkan bahwa 57,2% perawat memiliki intensi yang baik dalam memberikan edukasi. Sikap yang baik dalam penerapan edukasi sebesar 55,4%, sedangkan norma subyektif dalam kategori sedang sebesar 74,1 % dan *perceived behavioral control* dalam kategori sedang 97,3%. Namun determinan-determinan tersebut tidak cukup menampilkan perilaku edukasi yang diharapkan karena sebagian besar perawat (96,4%) menunjukkan perilaku yang kurang dalam melakukan edukasi pada pasien DM. Rupanya menurut mereka hal ini disebabkan karena anggapan bahwa jika melakukan edukasi sesuai rekomendasi dari Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) akan menambah beban kerja, meskipun sebagian besar perawat memiliki keyakinan bahwa mereka mampu melakukan edukasi tersebut. *Normative belief* yang paling dominan menurut sebagian besar perawat adalah tenaga kesehatan lain. *Motivation to comply* yang paling sering untuk edukasi DM adalah kondisi pasien dan keluarganya. Faktor penghambat yang besar

dalam melakukan edukasi DM sesuai rekomendasi PERKENI menurut sebagian besar perawat adalah kondisi puskesmas yang sibuk, beban kerja, pelaporan dan pencatatan, waktu pelayanan yang terbatas dan tidak ada *reward* yang diberikan. Faktor pendukung yang besar dalam edukasi pasien justru adalah kemampuan perawatan diri yang dimiliki oleh pasien. Analisis statistik dari penelitian ini menemukan adanya hubungan yang bermakna antara sikap, norma subyektif dan *perceived behavioral control* terhadap intensi, namun tidak ada hubungan yang signifikan antara intensi dengan perilaku edukasi yang mengikuti rekomendasi PERKENI. Rekomendasi menurut penelitian ini adalah adanya aturan yang dibuat oleh Dinas Kesehatan bagi petugas agar melakukan edukasi sesuai rekomendasi PERKENI yang diimbangi dengan pemberian insentif bagi petugas yang melakukannya. Puskesmas perlu melihat faktor pendukung yaitu kemampuan perawatan diri pada pasien dengan cara membentuk perkumpulan pasien DM dalam satu wilayah kerja dan membuat program yang berbasis pemberdayaan masyarakat.

Berdasarkan paparan yang tertulis di atas tentang determinan perilaku menurut teori Reasoned Action dan teori Planned Behavior kita dapat memodifikasi perilaku kesehatan yang diharapkan baik bagi petugas kesehatan, pasien dan masyarakat. Bukti penelitian memberikan data sebagai pertimbangan untuk mengambil kebijakan dalam mengupayakan perilaku yang meningkatkan derajat kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. 1985. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J.Kuhl and J. Beckmann (Eds), Action control: From cognition to behavior. Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. 1987. Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed), Advances in experimental social psychology, New York: Academic Press, Vol. 20, pp. 1-63.
- Ajzen, I. 1991. The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes, vol. 50, no. 2, pp. 179-211.
- Ajzen, I. 2005. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. Vol. 50, h.179-211.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. 1980. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice. Hall.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. 2005. The influence of attitudes on behavior. In Albarracin, D., Johnson, BT., Zanna MP. (Eds), The handbook of attitudes, Lawrence Erlbaum Associates.
- Laili, Nadia R. 2016. Perilaku Perawat dalam Penerapan Edukasi Diabetes Melitus berbasis Theory of Planned Behavior. Repository ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga.
- Mahyarni. 2013. Theory of Reasoned Action dan Planned Behavior (sebuah kajian historis tentang perilaku). Jurnal El-Riyasah: Jurnal Kepemimpinan dan Administrasi. Volume 4 No. 1 halaman 13-23, DOI: <http://dx.doi.org/10.24014/jel.v4i1.17>.
- Seni, N., & Ratnadi, N. (2017). Theory Of Planned Behavior Untuk Memprediksi Niat Berinvestasi. *E-Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana*, 4043-4068. doi:10.24843/EEB.2017.v06.i12.p01.
- \_\_\_\_\_.2022.Bagan Teori Planned Behavior. diakses dari laman : <https://amactraining.co.uk/resources/handy-information/free-learning-material/models-and-theories-of-health-behaviour-change-index/models-and-theories-of-health-behaviour-4/>. Tanggal 2 Maret 2022 pukul 23.03 WIB.

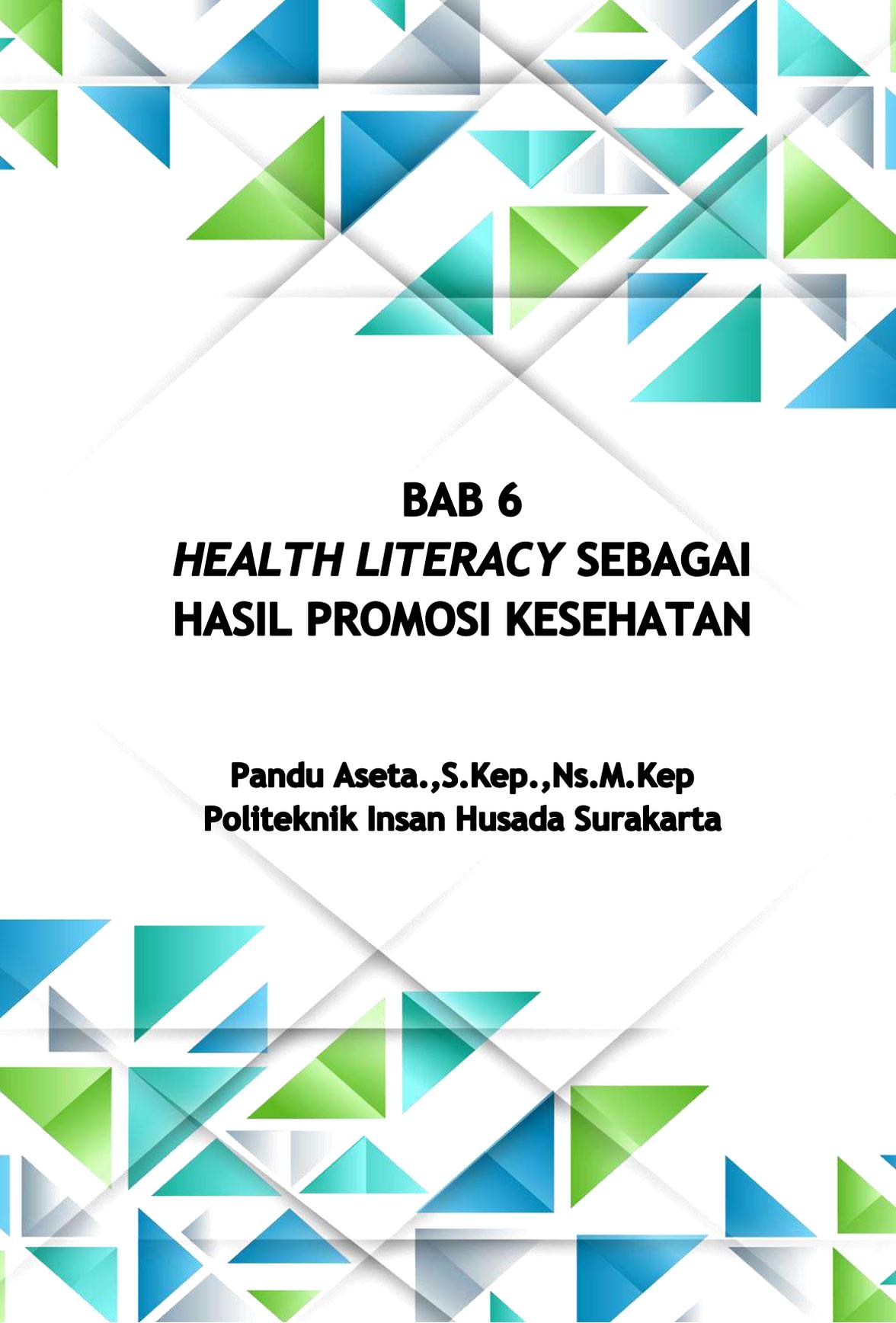
## PROFIL PENULIS



Aprilia Nuryanti adalah nama lengkap penulis dalam bab ini. Berprofesi sebagai dosen di bidang keperawatan sejak tahun 2008 sampai sekarang. Lulus dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan dan profesi Ners dari program studi ilmu keperawatan, fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta pada tahun 2008. Penulis menyelesaikan pendidikan magister keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di Surabaya pada tahun 2016.

Penulis pernah mengajar di Akademi Keperawatan PPNI Surakarta (Tahun 2008-2010), Sekolah Tinggi Kesehatan Dirgahayu Samarinda (2011-2019) dan saat ini menjadi dosen aktif di Politeknik Insan Husada Surakarta.

Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kesehatan. Publikasi dalam jurnal ilmiah terakreditasi, seminar ilmiah dan mendapatkan hak cipta atas karya yang dihasilkan. Penulis sangat tertarik dalam bidang manajemen keperawatan, pengembangan kurikulum bagi mahasiswa program studi keperawatan, bidang klinis keperawatan dan pengabdian kepada kelompok masyarakat remaja. Penulis pernah memenangkan hibah penelitian dalam skema Penelitian Dosen Pemula dua kali dengan topik Pengembangan Instrumen Dokumentasi Keperawatan berbasis Nanda, NOC dan NIC bagi Perawat Pelaksana dan Pengembangan Instrumen Penilaian Kinerja Berbasis Web bagi Perawat di Rumah Sakit. Penulis juga pernah memenangkan hibah Pengabdian Masyarakat pada skema Program Pengembangan Usaha Intelektual Kampus (PPUPIK) dengan pengembangan usaha taman penitipan anak dan Baby Spa.



**BAB 6**  
***HEALTH LITERACY* SEBAGAI**  
**HASIL PROMOSI KESEHATAN**

**Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

Perkembangan informasi menjadi semakin cepat dalam era digital. Untuk mengimbangi hal tersebut, sudah selayaknya masyarakat pun memiliki tingkat literasi informasi yang semakin baik pula, salah satunya adalah literasi kesehatan. Literasi kesehatan yang baik sangat penting dimiliki karena bisa berdampak pada batasan faktor sosial, kultur, dan individu, sementara literasi kesehatan yang buruk juga dapat berefek pada pelayanan kesehatan. Edukasi yang baik akan membentuk pengetahuan dan perubahan perilaku masyarakat terkait kesehatan yang dikenal dengan istilah *health literacy*.

### **A. HEALTH LITERACY**

*Health literacy* adalah tingkat kemampuan seseorang untuk mengakses, memahami, menilai dan mengaplikasi informasi serta pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan yang layak mengenai kesehatan. Literasi kesehatan (LK) merupakan aplikasi dari pemahaman terhadap informasi kesehatan yang diperoleh namun hal tersebut perlu didukung dengan kognitif, keterampilan pribadi dan sosial yang baik agar dapat menunjang motivasi dan kemampuan inividu (Nutbeam, dikutip dalam Okan et al., 2019).

*Canadian Public Health Association (CPHA) Expert Panel on Health Literacy* menggambarkan *health literacy* sebagai kemampuan untuk mengakses, memahami, menilai, dan mengaplikasi informasi sebagai cara untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan dalam berbagai keadaan (Okan, et al, 2020). Masyarakat yang tidak memiliki *health literacy* berisiko untuk membuat keputusan yang salah, kondisi kesehatan masyarakat dapat memperparah kesehatan mereka (Hijayati, 2020).

*Health Literacy* pada setiap individu penting untuk diketahui karena berhubungan dengan kemampuan untuk memperoleh informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya. Secara umum *health literacy* dikatakan dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan serta membantu individu atau masyarakat dalam pengambilan keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka.

Individu harus memiliki akses ke informasi kesehatan dan memiliki kemampuan untuk mencari informasi yang relevan dengan situasi kesehatannya. Kemampuan individu dalam mengambil keputusan yang tepat juga bisa disebabkan karena pasien tersebut memiliki kepercayaan diri atau

yang dikenal dengan istilah *self-efficacy* dalam melakukan perawatan diri untuk mengatasi masalah kesehatannya.

## **B. FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI *HEALTH LITERACY***

Beberapa factor yang menjadi penyebab kemampuan literay seseorang adalah:

### 1. Pengetahuan.

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010)

Tingkat *health literacy* yang rendah berhubungan dengan kurangnya pengetahuan. Sehingga berpengaruh pada pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan diri.

### 2. Akses Informasi Kesehatan.

Akses informasi kesehatan adalah sebuah pencapaian, peralihan dan perolehan akan informasi dengan atau tanpa menggunakan alat berupa telekomunikasi dan melalui saluran atau media. Akses informasi kesehatan menjadi sebuah jembatan yang menghubungkan sumber informasi, sehingga informasi yang dibutuhkan oleh setiap individu dapat terpenuhi. Internet menjadi salah satu sumber utama informasi kesehatan. Internet dapat menjadi dampak yang baik bagi pemahaman kesehatan, namun sama juga dengan media lain, terdapat bahaya adanya informasi yang salah atau berkualitas rendah di internet karena informasi di internet tidak tersaring. *Health literacy* diperlukan untuk dapat menggunakan internet dengan baik dan mengakses informasi yang tersedia (Cristman, 2018).

### 3. Tingkat pendidikan.

Pendidikan merupakan suatu upaya pembelajaran pada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi) masalah-masalah dan meningkatkan

kesehatannya (Notoadmodjo,2010).

4. Umur.

Seiring bertambahnya umur seseorang akan mengalami penurunan kemampuan untuk berfikir dan kemampuan fungsi sensorisnya, keadaan tersebut dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfikir, hal itu dapat mempengaruhi kemampuan membaca dan menangkap informasi, sehingga dapat berpengaruh pada tingkat *health literacy* (Shah, dkk, 2010).

5. Pekerjaan.

Pekerjaan secara umum diartikan sebagai kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia yang menghasilkan karya atau bentuk imbalan. Pekerjaan dapat mempengaruhi kemampuan ekonomi, hal tersebut menentukan seseorang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan mendapatkan sumber informasi kesehatan (Suryani & Hendryadi,2015)

6. Jenis kelamin.

Jenis kelamin adalah perbedaan pada pria dan wanita secara biologis, tetapi yang berperan penting dalam *health literacy* adalah karakteristik, tanggung jawab dan peran.

Di India, Thailand, dan negara-negara Amerika Latin, wanita kurang menggunakan pelayanan kesehatan dan kurang mendapatkan pelayanan kesehatan dibanding pria, beberapa faktor yang mempengaruhi hal tersebut adalah (1). Faktor pelayanan kesehatan, misalnya jarak, biaya, kesesuaian pelayanan kesehatan, (2). Faktor pengguna, pendapatan wanita yang lebih rendah dan keterbatasan dalam memperoleh informasi kesehatan, (3). Faktor institusional, keterkaitan pria atas pengambilan keputusan, anggaran serta fasilitas kesehatan. Hal tersebut dapat mempengaruhi tingkat *health literacy* (WHO,2012).

7. Akses Pelayanan Kesehatan.

Akses pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memperoleh informasi kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh *Forsyth et al*, akses pelayanan kesehatan bergantung dengan sarana transportasi yang tersedia untuk mencapai pelayanan kesehatan, lokasi pelayanankesehatan dan adanya suransi kesehatan. Akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendapatan.

### **C. STRATEGI LITERASI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN**

Strategi yang berbeda perlu ditempuh oleh para pendidikan dan pemberi layanan dan disesuaikan dengan kebutuhan literasi kesehatan yang berbeda dari tiap orang. Ada tiga strategi utama untuk pemberian layanan kesehatan:

1. Pada tingkat organisasi.

Lengkapi pengkajian organisasi menggunakan literasi kesehatan

2. Pada tenaga kesehatan Pastikan bahwa semua personel kesehatan memiliki pemahaman yang baik tentang kebutuhan literasi kesehatan umum dan strategi yang tepat untuk menangani kebutuhan sebagai bagian dari praktek klinis rutin. Setiap tenaga kesehatan perlu waspada dan peka terhadap berbagai kebutuhan literasi kesehatan mencakup;

a. Memahami bagaimana masalah literasi kesehatan, selain karena kurangnya informasi, bagaimana mempengaruhi orang-orang untuk mengambil sebuah bertindakan demi kesehatan mereka.

b. Presentasi pemahaman literasi kesehatan yang sama dan strategi untuk mengatasi masalah

c. Memiliki keterampilan dalam metode mengajar kembali dan teknik lain untuk menilai akurasi

3. Pada tingkat pasien.

Menilai dan mendiskusikan kebutuhan literasi kesehatan menggunakan HLQ atau alat serupa untuk pasien dengan kebutuhan yang kompleks, keterbatasan yang dalam mengakses atau pelayanan kesehatan digunakan. Namun orang-orang yang memiliki tingkat literasi kesehatan yang rendah mungkin memiliki perasaan malu dan mungkin akan melepaskan diri dari pelayanan kesehatan yang tidak responsif terhadap kebutuhan spesifik mereka (Batterham et al., 2016).

### **D. MENINGKATKAN LITERASI KESEHATAN**

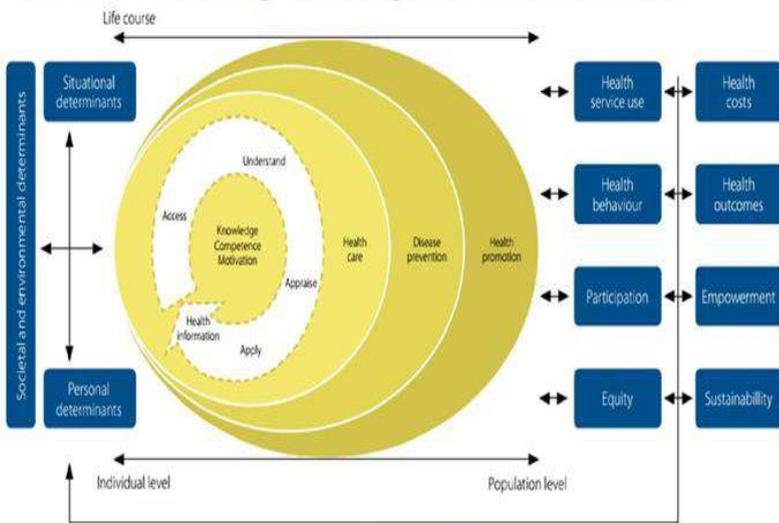
1. Literasi dan literasi kesehatan.

Literasi secara umum dipahami sebagai dua komponen yang berbeda yaitu berbasis tugas dan berbasis keterampilan. Hal ini dapat diukur secara absolut dengan membedakan antara mereka yang dapat melakukan

tugas-tugas membaca, menulis dan mereka yang tidak bisa (Naal, dikutip dalam Okan et al., 2019).

Literasi kesehatan dapat digambarkan sebagai suatu keterampilan membaca dan menulis dan kemampuan untuk, memahami dan menggunakan informasi kesehatan yang diperlukan untuk membuat keputusan terkait kesehatan dalam berbagai lingkungan yang berbeda (rumah, masyarakat, klinik kesehatan), tetapi dapat didasarkan pada keterampilan yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan melalui komunikasi dan pendidikan yang efektif (Peerson & Saunders, Sørensen et al., dikutip dalam Okan et al., 2019)

## Health literacy conceptual framework



Gambar 7.1 Model konseptual Literasi Kesehatan menurut Eropa Health Licteracy Survai

Tabel 7.1 Penjelasan Gambar 7.1

<b>Literasi Kesehatan</b>	Akses atau memperoleh informasi tentang kesehatan (Access)	Memahami informasi yang relevan dengan kesehatan (Understand)	Menghargai, Menilai, atau mengevaluasi informasi yang relevan tentang kesehatan (Apraise)	Menerapkan atau menggunakan informasi yang relevan untuk kesehatan (Apply)
---------------------------	--	---	---	--

Perawatan Kesehatan	Kemampuan untuk mengakses informasi tentang masalah medis atau klinis	Kemampuan untuk memahami arti informasi medis yang disampaikan	Kemampuan untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi media informasi	Kemampuan untuk membuat keputusan mengenai masalah medis
Pencegahan penyakit	Kemampuan mengakses informasi tentang faktor-faktor risiko	Kemampuan untuk memahami factor risiko dan arti penyampaian	Kemampuan untuk menginterpretasi dan mengevaluasi informasi tentang factor-factor risiko	Kemampuan untuk menilai informasi yang relevansi pada faktor risiko
Promosi kesehatan	Kemampuan untuk memperbaiki diri pada masalah kesehatan	Kemampuan untuk memahami informasi yang berhubungan dengan kesehatan dan arti penyampaian	Kemampuan untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi tentang isu-isu healthrelated	Kemampuan untuk membentuk pendapat tercermin pada isu-isu kesehatan

Sumber : Diadaptasi dari: Sørensen K et al. Melek kesehatan dan kesehatan masyarakat: review sistematis dan integrasi definisi dan model. BMC Public Health, 2012, dikutip dalam (Kickbush et al, 2013)

2. Meningkatkan literasi kesehatan dengan modifikasi pendidikan pasien

Ditekankan untuk kembali menggunakan metodologi mengajar yang telah terbukti efektif dalam intervensi keaksaraan lainnya. Ajarkan kembali dengan meminta klien untuk menjelaskan dalam kata-kata mereka sendiri informasi atau saran yang telah diberikan agar kita dapat mengetahui pemahaman mereka tentang informasi penting yang diterima. Pemahaman informasi kesehatan dan saran antara individu dengan literasi kesehatan yang rendah dapat ditingkatkan melalui

modifikasi komunikasi, dan intensifkan banyak intervensi (misalnya, menggabungkan komunikasi yang disesuaikan dengan keterampilan yang dilatih) menghasilkan kesehatan yang lebih baik (Sheridan et al., Manafo & Wong, Taggart et al., dikutip dalam Okan et al., 2019).

Selain itu komunikasi berpusat pada pasien yang efektif akan meningkatkan partisipasi dan hasil kesehatan. Pelatihan komunikasi yang komprehensif bagi para tenaga kesehatan dapat meningkatkan, keterampilan dalam menangani literasi kesehatan fungsional, interaktif dan kritis (Kaper et al., 2018).

### 3. Literasi kesehatan dan pendidikan kesehatan

Pola alur promosi kesehatan menggambarkan hubungan antara pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan dan penempatan literasi kesehatan dalam pendidikan kesehatan dalam konteks yang lebih luas dari berbagai intervensi potensial untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Nutbean (dikutip dalam Okan et al. 2019) mengemukakan dalam alur program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang paling efektif terdiri dari tiga factor sebagai hasil dari promosi kesehatan yakni, gaya hidup sehat, efektifitas pelayanan kesehatan, lingkungan sehat. Hasil promosi kesehatan menggambarkan hal pribadi, sosial dan factor structural yang dapat di modifikasi untuk mengubah factor penentu kesehatan (hasil kesehatan menengah) hasil ini merupakan target langsung dari kegiatan promosi kesehatan yang direncanakan.

Tahap akhir intervensi (hasil kesehatan primer) adalah kesehatan dan sosial, seperti mengurangi angka kematian, kesakitan dan kecacatan serta dapat menggabungkan tujuan sosial yang terkait dengan pemerataan hasil yang lebih besar. Hasil menengah dalam alur tersebut merupakan faktor penentu yang paling cepat dari hasil kesehatan dan sosial. Perilaku pribadi seperti merokok, atau aktivitas fisik dapat meningkatkan atau menurunkan risiko penyakit dan mengurangi pola hidup sehat. Lingkungan sehat terdiri dari, lingkungan, kondisi ekonomi dan lingkungan sosial yang berdampak langsung pada kesehatan.

#### 4. Cara Mengukur Literasi Kesehatan

Alat untuk mengukur literasi kesehatan terdiri dari berbagai macam jenis, hal ini disesuaikan dengan domain dan kompetensi yang akan diukur.. Selain itu penggunaan alat ukur/quesiner harus disesuaikan dengan karakter masyarakat setempat (Rachmani et al., 2019). Dengan demikian dapat mendukung penelitian agar dapat terlaksana dengan baik. Ada beberapa alat ukur yang sering dipakai yaitu:

- a. Health Literacy Questionnaire (HLQ)
- b. The European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47)
- c. The European Health Literacy Survey (HLS-EU-SQ10-IND)
- d. The European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16)
- e. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

Dalam penelitian ini, kuesioner yang digunakan HSL-EU-Q16 karena instrumen tersebut telah diuji dan digunakan di Turki. Pemilihan kuesioner ini karena mengakomodir tiga domain dalam literasi kesehatan yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan perawatan kesehatan serta mencakup empat kompetensi dasar literasi kesehatan yakni mengakses informasi, memahami informasi, menilai sumber dan keakuratan informasi serta menerapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan keluarga.

### **E. RANGKUMAN**

Literasi kesehatan adalah sebuah faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Dalam perilaku kesehatan (health behavior), terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan individu yaitu faktor literasi kesehatan yang meliputi kesehatan fungsional, pemahaman mendapatkan informasi/berita, pengetahuan prosedural, kemampuan mengambil keputusan, faktor pemberdayaan psikologis meliputi memiliki makna, berkompeten, memiliki hak menentukan pilihan pribadi dan faktor pembaur meliputi intrapersonal yaitu persepsi dan ideologi dan interpersonal yaitu dukungan banyak orang, kemampuan mendapatkan penghasilan, kepercayaan pada penyedia layanan kesehatan, dan sistem kesehatan.

Akses informasi kesehatan saat ini yang sudah berkembang dan memungkinkan seseorang termasuk masyarakat perkotaan dapat

meningkatkan literasinya. Dengan adanya berbagai sumber informasi seperti media massa/internet, media. cetak/brosur, forum diskusi, dan penyuluhan dapat memudahkan seseorang termasuk masyarakat perkotaan dalam mengakses informasi mengenai penyakitnya dan memahami informasi yang telah mereka dapat untuk menentukan keputusan dalam meningkatkan kesehatannya

## DAFTAR PUSTAKA

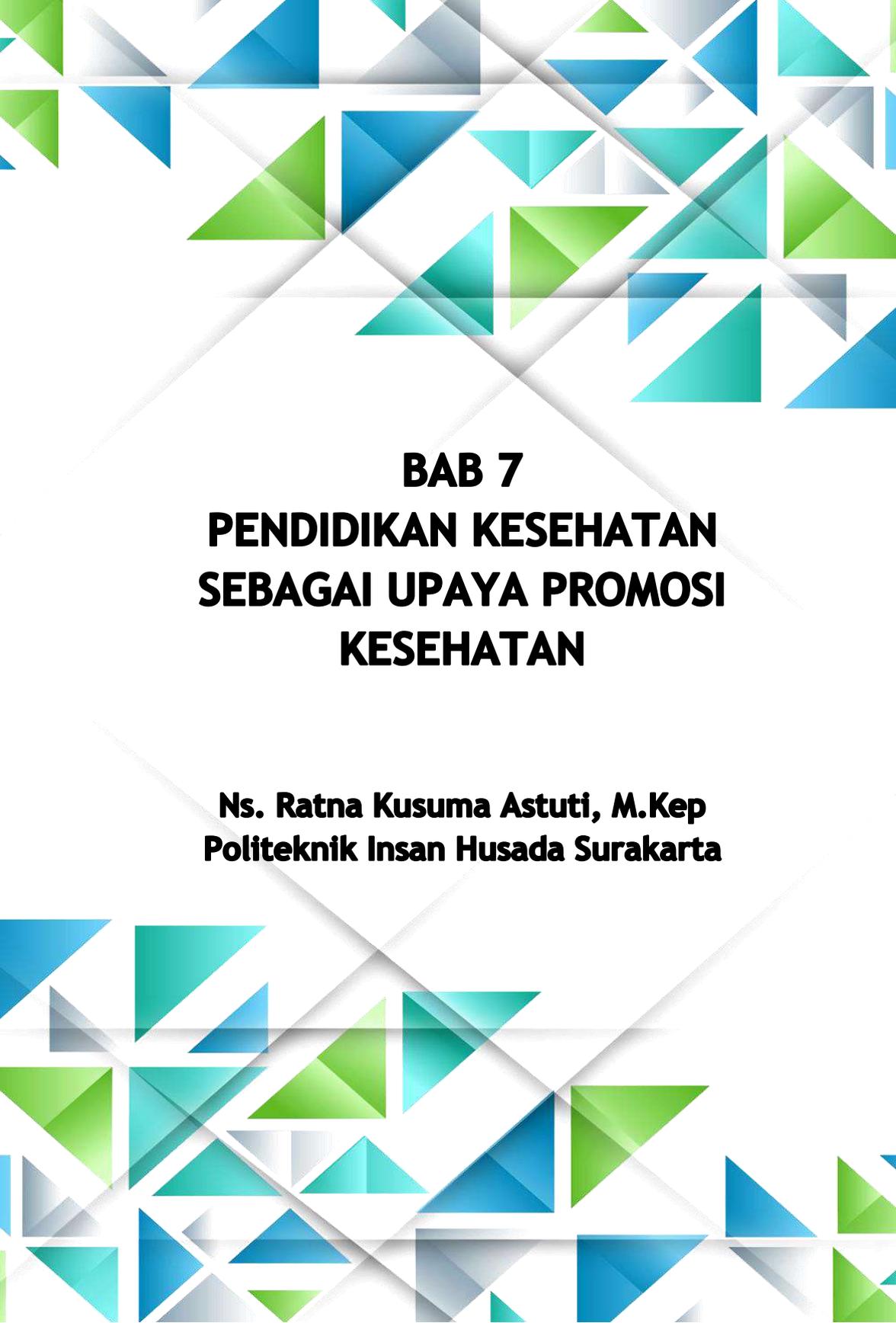
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). *Health Literacy: Applying Current Concepts to Improve Health Services and Reduce Health Inequalities*. *Public Health*, 132, 3-12.
- Cristman, S. *Health Literacy and Internet*. Di akses pada tanggal 28 Februari 2022 .EuroHealthNet. [Http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu\\_8.pdf](http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu_8.pdf).
- Hijayati, W. (2020). *Pemberdayaan Kader Pos Yandu : Program Studi Manajemen Pendidikan Islam ( S1 )*. 1–11.
- Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, dan Loscalzo J. (2015) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Edisi 19. New York NY, McGraw Hill Education.
- Kickbush, I., Pelikan, J.M., Apfel, F. and Tsouros, A.D., (2013). *Health Literacy: the solid fact*. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe.
- Notoatmodjo. ( 2 0 1 0 ) *Promosi Kesehatan, Teori Dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P. and Sorensen, K., (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol : Policy Press.
- Orkan Okan , Ester Lopes , Torsten Michael Bollweg , Janine Bröder , Melanie Messer , Dirk Bruland , Emma Bond , Graça S Carvalho , Kristine Sørensen , Luis Saboga-Nunes , Diane Levin-Zamir , Thomas Ullrich Bauer 2, P. P. (2020). *Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents\_ a systematic review of the literature - PubMed*.
- Orkan Okan , Torsten Michael Bollweg, Eva-Maria Berens , Klaus Hurrelmann , Ullrich Bauer, D. S. (2020). *Coronavirus-Related Health Literacy\_ A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany - PubMed* (pp. 44–46). pp. 44–46. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>

- Shah, L., West P., Bremmeyr, K. & Savos-Moore, R.T. (2010). *Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates*. J Am Board Fam Med, 23,
- Suryani dan Hendryadi. (2015). *A Developing Model Of Relationship Among, service Quality, Consumer Satisfaction, Loyalty and Word of Mouth in Islamic Banking*.
- World Health Organisation (2012) ‘ *What do we mean by “sex” and “gender”*’, *Gender, Woman and Health*. diakses pada tanggal 22 Februari 2022, <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html>

## PROFIL PENULIS



**Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep** adalah staf pengajar di Politeknik Insan Husada Surakarta pada jurusan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan S2 Magister Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar dan pelatihan keperawatan di bidang perawatan luka dan perawatan holistic.



**BAB 7**  
**PENDIDIKAN KESEHATAN**  
**SEBAGAI UPAYA PROMOSI**  
**KESEHATAN**

**Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

Pelayanan kesehatan merupakan wujud dalam memberikan pelayanan kepada klien di bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pelaksana dari pelayanan kesehatan itu sendiri adalah para tenaga kesehatan profesional yang sangat diharapkan partisipasinya dalam membantu memberikan pelayanan kepada masyarakat. Terdiri dari berbagai bidang kesehatan yang satu dengan yang lain saling kait mengkait yakni tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kedokteran, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya. Kegiatan pelayanan kesehatan seringkali dihubungkan dengan Rumah Sakit (RS). Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disampaikan bahwa RS sebagai institusi yang juga memberikan pelayanan berupa pendidikan kesehatan perorangan selain rawat inap dan rawat jalan. Merujuk hal tersebut dikatakan bahwa RS selain memberikan pendidikan dan promosi kesehatan, pelayanan kuratif dan rehabilitatif juga mengembangkan upaya pelayanan preventif serta promotif.

Lingkungan di luar RS menjadi sisi area yang berbeda dengan RS, yang seharusnya lebih dikedepankan upaya preventif dan promotif oleh pelayanan kesehatan. Lingkungan ini dikatakan berbeda karena didominasi oleh individu yang tidak mempunyai keluhan secara medis atau bahkan mungkin mempunyai keluhan namun tidak terdeteksi oleh pelayanan kesehatan dan lebih bersifat umum. Pendidikan dan promosi kesehatan tetap diperlukan dalam lingkungan tersebut. Promosi kesehatan bermanfaat menumbuhkan motivasi bagi individu sehat untuk mencapai kesembuhan, meningkatkan kesehatan diri serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Promosi kesehatan merupakan bagian dari pelayanan keperawatan komunitas. Komunitas merupakan bagian yang penting dari pengalaman manusia yang saling mempengaruhi satu sama lain antara beberapa komponen yakni keluarga, rumah, agama dan juga budaya (Ervin, 2002). Diungkapkan pula oleh para pakar bahwa keperawatan kesehatan komunitas merupakan area pelayanan yang diberikan secara menyeluruh (meliputi bio-psiko, sosial dan spiritual), dengan tidak mengesampingkan kelompok masyarakat yang lain, namun lebih terfokus pada kelompok yang mempunyai resiko tinggi, melalui promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, bercirikan keterlibatan mitra masyarakat dalam menyelesaikan semua permasalahan.

Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan merupakan bagian dari perawatan kesehatan komunitas. Dijelaskan secara singkat dalam paradigma keperawatan bahwa manusia adalah sebagai suatu subyek dan bukan obyek, yang membutuhkan penghargaan serta mempunyai perasaan sebagai manusia. Kesehatan diartikan sebagai sebuah nilai berharga dengan rentang antara sehat dan sakit. Lingkungan merupakan bagian dari paradigma keperawatan yakni sebagai tempat individu melakukan interaksi. Sedangkan keperawatan itu sendiri sebagai sebuah dimensi keluaran dengan titik akhir tujuan menjadikan klien kembali pada keadaan semula sebelum klien mengalami sakit. Dengan demikian klien mampu untuk melakukan interaksi sebagai makhluk sosial untuk kesejahteraan sosial, psikologis serta sosialnya.

## **A. PENDIDIKAN KESEHATAN**

### **1. Konsep Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan Kesehatan adalah merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini essensi karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang diberikan akan memberikan proses perubahan sehingga terciptanya suatu perilaku yang baru (Notoatmodjo, 2014).

Ali (2011) mengungkapkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan akan memberikan proses perubahan sehingga terciptanya suatu perilaku yang baru. Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self-direction*), aktif memberikan

informasi-informasi atau ide baru. Pendidikan kesehatan dilakukan untuk membantu individu mengontrol kesehatannya secara mandiri dengan mempengaruhi, memungkinkan dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan yang mereka rencanakan.

## 2. Pendapat Para Ahli tentang Pendidikan Kesehatan

Beberapa ahli telah merumuskan berbagai macam definisi tentang pendidikan kesehatan berdasarkan paradigma masing-masing, diantaranya adalah sebagai berikut:

### a. Wood (1926)

Secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan serangkaian pengalaman yang mempengaruhi sikap, pengetahuan maupun habituasi seorang individu yang berkaitan dengan hidup sehat, baik dalam level individu, masyarakat ataupun suatu ras/golongan Wood (1926, dalam Sulih dkk, 2001).

### b. Nyswander (1974)

Secara garis besar berpendapat bahwa 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 aktivitas yang bersifat baru baginya, dengan bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan secara optimal Nyswander (1974, dalam Notoatmodjo, 2003).

### c. Green (1980)

Secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang terencana untuk mencapai tujuan kesehatan dengan mengombinasikan berbagai macam cara pembelajaran Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2012).

### d. Stuart (1986)

Secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan bagian dari program kesehatan dan kedokteran. Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya terencana yang bertujuan untuk memodifikasi sudut pandang, sikap maupun

perilaku individu, kelompok maupun masyarakat ke arah pola hidup yang lebih sehat melalui proses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif Stuart (1986, dalam Sulih dkk, 2001).

e. Craven & Hirnle (1996)

Secara garis besar 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 Craven & Hirnle (1996, dalam Sulih dkk, 2001).

f. *Committee president on Health Education* (1997)

Secara garis besar berpendapat bahwa pendidikan kesehatan merupakan proses yang mampu membantu merevitalisasi kesenjangan yang terjadi antara informasi yang didapat 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 kesehatan *Committee president on Health Education* (1997, dalam Notoatmodjo, 2003).

Beberapa pendapat 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 dalam program pendidikan kesehatan dapat dipraktikkan oleh siapa pun, dimana pun dan kapan pun. Menurut Mubarak dkk (2007) bahwa adanya perubahan dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tidak mampu 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 kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

### 3. Batasan Pendidikan Kesehatan

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*behavior engineering*) untuk hidup sehat. Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Menurut Mubarak dkk (2007), dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yaitu:

#### a. Input

Input merupakan sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).

#### b. Proses

Proses merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.

#### c. Output

d. Output adalah melakukan apa yang diharapkan atau perubahan perilaku.

Luaran (output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

#### a. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku adalah adanya perubahan yang terjadi dari tindakan yang dilakukan oleh masyarakat baik itu dari tindakan yang tidak berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang berwawasan kesehatan ataupun tindakan yang berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang tidak berwawasan kesehatan. Perilaku-perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah. Misalnya: perilaku merokok, konsumsi narkoba, mabuk

minuman keras, seks bebas, tidak berobat saat memiliki gejala sakit dan penyakit.

b. Pembinaan perilaku

Pembinaan perilaku disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (*healthy life style*) tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya: melakukan olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya dan menjauhi perilaku merokok.

c. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan dengan membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

4. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa tujuan umum dari pendidikan kesehatan adalah membuat perubahan perilaku pada tingkat individu hingga masyarakat pada aspek kesehatan. Adapun tujuan lainnya adalah sebagai berikut:

- a. Mengubah pola pikir masyarakat bahwa kesehatan merupakan sesuatu yang bernilai bagi keberlangsungan hidup.
- b. Memampukan individu, kelompok maupun masyarakat agar dapat secara mandiri mengaplikasikan perilaku hidup sehat melalui berbagai kegiatan.

- c. Mendukung pembangunan dan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan kesehatan secara tepat.

Secara operasional, tujuan dari adanya pendidikan kesehatan menurut Sulih dkk (2001) adalah sebagai berikut:

- a. Menumbuhkan rasa tanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri sendiri serta lingkungan sekitar.
- b. Melakukan tindakan preventif maupun rehabilitatif agar tercegah dari peningkatan suatu penyakit melalui berbagai kegiatan positif.
- c. Memunculkan pemahaman yang lebih tepat terkait keberadaan dan perubahan yang terkaji 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.

## 5. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah sebagai berikut:

### a. Masyarakat umum

Masyarakat umum adalah seluruh masyarakat yang berada di suatu tempat secara umum yang mendapatkan pendidikan kesehatan, contoh: terjadinya kasus endemis filariasis di sebuah desa maka seluruh masyarakat di desa tersebut harus mendapatkan pendidikan kesehatan dan pengobatan terkait eliminasi filariasis.

### b. Masyarakat dalam kelompok tertentu

Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, remaja dan anak-anak. Kelompok tertentu menjadi sasaran pendidikan kesehatan karena rentan terhadap permasalahan kesehatan. Wanita sangat rentan memiliki permasalahan kesehatan terutama wanita hamil dan wanita menyusui karena pada periode tersebut mereka memiliki kebutuhan gizi yang lebih tinggi dan membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang lebih tinggi dari wanita biasa, contoh: seorang wanita hamil dan menyusui harus mendapatkan konseling oleh bidan atau dokter terkait permasalahan kesehatan yang dialami atau pemeliharaan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas.

Anak-anak dan remaja menjadi kelompok sasaran pendidikan kesehatan secara khusus, hal ini dikarenakan anak-anak memiliki imunitas yang jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa sehingga memiliki resiko terkena permasalahan kesehatan yang lebih tinggi dan pengetahuan yang kurang baik sehingga meningkatkan resiko terjadinya permasalahan kesehatan, contoh anak-anak yang terkena diare karena konsumsi jajan sembarangan.

- c. Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual  
Sasaran pendidikan kesehatan kepada individu dilakukan karena terdapat individu yang mengalami permasalahan kesehatan secara khusus sehingga memerlukan pendidikan kesehatan agar permasalahan kesehatannya tidak semakin parah atau permasalahannya tidak menular kepada orang lain, contoh: individu yang terkena penyakit AIDS maka akan disarankan untuk mendapatkan konseling demi meningkatkan status kesehatan penderita AIDS tersebut.

#### 6. Proses Pendidikan Kesehatan

Di dalam kegiatan terdapat 3 (tiga) persoalan pokok, yakni masukan (input), proses dan keluaran (output). Persoalan masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri pada subjek belajar. Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Fitriani (2011) menjelaskan bahwa dalam proses belajar ini terdapat beberapa persoalan pokok, yaitu:

- a. Persoalan masukan (input)  
Persoalan input menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya seperti: umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keterampilan yang dimiliki setiap orang akan berbeda.
- b. Persoalan proses  
Persoalan proses menyangkut mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antar berbagai faktor antara lain: subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator),

metode, tehnik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

c. Persoalan keluaran (output)

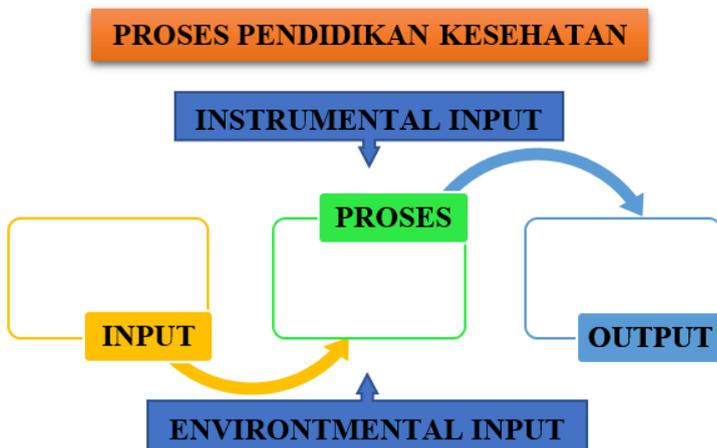
Persoalan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar yang telah mendapatkan pengajaran.

d. Instrumental input

Instrumental input merupakan alat yang digunakan untuk proses belajar yang terdiri dari program pengajaran, bahan pengajaran, tenaga pengajar, sarana, fasilitas dan media pembelajaran.

e. Environmental input

Environmental input merupakan lingkungan belajar baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial.



Gambar 8.1 Proses Pendidikan Kesehatan

## B. PERGESERAN ISTILAH DARI PENDIDIKAN KESEHATAN MENJADI PROMOSI KESEHATAN

Sebagian besar mengira bahwa promosi kesehatan merupakan cara seseorang menawarkan atau menjual produknya yang berhubungan dengan kesehatan atau sama saja seperti pendidikan kesehatan atau penyuluhan pada masyarakat yang sering dilakukan para tenaga kesehatan terdahulu bila ada

program yang harus disebarluaskan. Hal tersebut tidak sepenuhnya salah bila dikaitkan dengan arti promosi dan kesehatan itu sendiri, namun sebenarnya ada beberapa hal yang menjadi kesepakatan bersama dan poin yang patut dipahami agar tidak salah kaprah dalam pelaksanaannya.

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* (PHC) sebagai tonggak sejarah cikal bakal promosi kesehatan. 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.



Gambar 8.2 Pergeseran Istilah

### C. PROMOSI KESEHATAN

#### 1. Pengertian Promosi Kesehatan

WHO (2010, dalam Fitriani, 2011), promosi kesehatan sebagai *the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health* yang artinya bahwa segala proses dalam promosi kesehatan mengupayakan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuannya dalam mengendalikan faktor kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa lalu dimana dalam konsep promosi tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Adapun perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik dan non-fisik, sosial budaya, ekonomi dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan antara berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak dkk, 2007).

Notoatmojo (2012) menyatakan bahwa tujuan dari promosi kesehatan adalah untuk meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut.

Upaya untuk mewujudkan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari program-program kesehatan lainnya. Seperti: kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan (Notoadmodjo, 2012).

Definisi promosi kesehatan juga tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar dapat menolong diri sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.



Gambar 8.3 Proses Promosi Kesehatan

Definisi dari Keputusan Menteri Kesehatan tersebut lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan-determinan kesehatan. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi Sumber Daya Manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).

2. Pengertian Promosi Kesehatan Lain (yang Sering Menimbulkan Kerancuan)

Walaupun sudah 25 (dua puluh lima) tahun dicanangkan, pengertian yang baru seperti tersebut diatas belum sepenuhnya dipahami dan dijalankan. Bagi banyak orang, bila membicarakan promosi kesehatan, dalam pikiran mereka akan jatuh pada salah satu dari dua pengertian yang dikenal secara luas, yaitu upaya promotif atau promosi dalam konsep pemasaran.

- a. Secara klasik, istilah promosi kesehatan sudah sejak lama digunakan dalam bidang kesehatan untuk merujuk pada upaya-upaya yang bersifat umum yang dilakukan secara individu ataupun secara publik untuk meningkatkan derajat kesehatan yang prima sehingga individu maupun komunitas tidak mudah masuk ke dalam keadaan sakit. Istilah promosi kesehatan seperti ini ditemukan dalam definisi kesehatan masyarakat dari Winslow, sebagai butir pertama dari 5 (lima) tingkat pencegahan (Leavell and Clarck, 1965). *Health promotion* dalam pengertian ini sejak lama menjadi peningkatan derajat kesehatan atau di lingkungan praktisi kesehatan dikenal sebagai upaya promotif, bukan sebagai promosi kesehatan.
- b. Dikenalkannya konsep pemasaran ke dalam bidang sosial, khususnya kesehatan (dikenal dengan istilah pemasaran sosial), bersamaan dengan digunakannya istilah promosi secara luas oleh media publik dan massa untuk menggambarkan aktifitas kampanye komunikasi dalam memasarkan produk, menghasilkan pemahaman yang lain dari promosi kesehatan. Di dalam konsep pemasaran, dikenal istilah adonan pemasaran (*marketing mix*) yang disebut sebagai 4 P, yaitu *product* (produk yang ditawarkan), *prize* (harga yang dipatok agar sesuai dengan konsumen sasaran), *place* (tempat barang dipasok dan dijual, serta tempat dimana aktivitas pengkomunikasian/kampanye produk dilakukan) dan *promotion* (berbagai kegiatan untuk mengkampanyekan produk). Pengertian P yang keempat dari 4 P ini merasuk amat luas ke dalam masyarakat, termasuk kalangan kesehatan, sehingga begitu membicarakan promosi kesehatan maka yang diingat adalah promosi dalam bentuk aktivitas kampanye komunikasi. Padahal aktivitas promosi dalam

pemasaran merupakan (dan untuk selanjutnya kita sebut sebagai) promosi produk, bukan promosi kesehatan sebagai satu konsep yang utuh.

Latar belakang dari lahirnya konsep baru promosi kesehatan adalah kenyataan bahwa upaya-upaya *health education* atau pendidikan (penyuluhan) kesehatan tidak dengan serta merta atau tidak dengan mudah membuat individu ataupun masyarakat berperilaku yang menguntungkan kesehatan, karena pendidikan kesehatan bertujuan untuk menghasilkan perilaku yang menguntungkan Kesehatan dan perilaku itu bersifat sukarela dan tidak memaksa (Green, 1980, Green, 2005; Naidoo and Wills, 2000).

### 3. Sasaran Promosi Kesehatan

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan dikenal adanya 3 (tiga) jenis sasaran, yaitu 1) sasaran primer, 2) sasaran sekunder dan 3) sasaran tersier. Dijelaskan sebagai berikut:

#### a. Sasaran Primer

Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka ini diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh: sistem nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan atau dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal.

Keteladanan dari para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal, dalam mempraktikkan PHBS. Suasana lingkungan sosial yang kondusif (*social pressure*) dari kelompok-kelompok masyarakat dan pendapat umum (*public opinion*). Sumber daya dan atau sarana yang diperlukan bagi terciptanya PHBS, yang dapat diupayakan atau dibantu penyediaannya oleh mereka yang bertanggung jawab dan

berkepentingan (*stakeholders*), khususnya perangkat pemerintahan dan dunia usaha.

b. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS, turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (*pressure group*) guna mempercepat terbentuknya PHBS.

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara:

- 1) Memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat, mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat.
- 2) Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) yang dapat mempercepat terciptanya PHBS di kalangan pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya.

#### **D. PERBEDAAN ANTARA PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PROMOSI KESEHATAN**

Banyak orang yang mengartikan bahwa pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan mempunyai makna dan berwujud kegiatan yang serupa. Winder dan Hartono (2010, dalam Notoadmodjo, 2010) mengungkapkan

bahwa promosi kesehatan sebagai perluasan dan pengembangan dari pendidikan kesehatan. Jika pendidikan kesehatan ini berfokus pada faktor resiko penyakit yang terdiri dari *agent*, *host* serta *environment*. Sedangkan promosi kesehatan berorientasi pada kondisi yang beresiko atau yang mempengaruhinya (dihubungkan dengan faktor sosial, ekonomi dan politik). Notoadmodjo (2010) menyampaikan bahwa promosi kesehatan disini tidak hanya sekedar memberikan dan meningkatkan pengetahuan kelompok sasaran saja, namun juga ada upaya memperbaiki perilaku sasaran melalui perbaikan lingkungan baik fisik maupun non fisik.

Illona Kickbush (dalam Naidoo dan Wills, 2000) menyatakan bahwa dengan adanya pendidikan kesehatan maka lahirlah promosi kesehatan. Pokok pikiran ini disadari bahwa pendidik kesehatan dalam masyarakat seharusnya lebih menyadari bahwa dalam pendidikan kesehatan diperlukan kiat khusus agar penyampaian informasi tersampaikan dan dapat diterima oleh sasaran. Selain itu juga bahwa pendidikan kesehatan akan bisa memberikan dampak jika didukung oleh banyak perangkat penguat yakni *regulatory*, *environment* dan legal. Dapat pula dikatakan bahwa pendidikan kesehatan saja tidak cukup dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan dukungan dari berbagai pihak karena masalah kesehatan dipengaruhi oleh faktor determinan yang juga berasal dari luar cakupan kesehatan. Adanya upaya advokasi, pemberdayaan serta menggiatkan dukungan sosial akan menjadi strategi utama dalam promosi kesehatan. Jika dikaitkan dengan perubahan perilaku sebagai hasil dari promosi kesehatan, memang diperlukan cara yang pada awalnya cenderung mengikat atau memaksa, yakni melalui munculnya peraturan, menciptakan lingkungan sosial dan fisik yang lebih ketat, yang akan memberikan tekanan sehingga memaksa lahirnya perilaku baru yang lebih baik dan sehat bagi masyarakat.

Upaya advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan juga merupakan misi dan strategi utama dalam promosi kesehatan. Secara umum disadari bahwa untuk melahirkan perilaku yang menguntungkan kesehatan atau mengubah perilaku yang tidak menguntungkan menjadi perilaku yang menguntungkan kesehatan, seringkali diperlukan cara-cara yang mungkin bersifat memaksa, seperti pembentukan norma atau peraturan atau penciptaan lingkungan sosial dan fisik yang akan memaksa lahirnya perilaku yang diinginkan. Bunton (1992, dalam Naidoo dan Wills, 2000) menyebutkan

bahwa metode-metode baru yang diintroduksikan ke dalam promosi kesehatan adalah regulasi sosial, yang betul-betul bersifat menekan dan sungguh-sungguh mengendalikan.

Bunton (1992, dalam Naidoo dan Wills, 2000) juga menguatkan pendapat di atas bahwa penggunaan berbagai metode dalam pendidikan kesehatan penting untuk dilakukan yakni regulasi sosial, bersifat mengendalikan bahkan terkesan mengikat. Dari uraian ini penulis sependapat bahwa promosi kesehatan merupakan kelanjutan dari pendidikan kesehatan. Jika di dalam pendidikan kesehatan dapat dikatakan outputnya adalah sasaran mengetahui dan memahami materi yang diberikan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan. Sedangkan dalam promosi kesehatan ini mempunyai output sampai terjadinya perubahan perilaku masyarakat, dengan melibatkan berbagai upaya pemberdayaan, dukungan sosial serta advokasi yang berkesinambungan. Tentunya tidak mudah dalam mengubah perilaku seseorang, karena perilaku ini merupakan bentukan dari pengetahuan dan sikap seseorang.

Sebagai contoh: pendidikan kesehatan berdasarkan motivasi. Merokok merupakan sebuah kebiasaan masyarakat yang dapat dikatakan sebagai perilaku yang sulit untuk diubah. Namun demikian sebagai individu yang hidup Bersama dalam sebuah masyarakat, dituntut untuk melakukan hidup yang sehat termasuk tidak merokok. Yang dapat dilakukan oleh individu agar dapat menghentikan perilaku merokok, yakni individu tersebut harus memberikan contoh terlebih dahulu bahwa dia bisa berhenti merokok, selanjutnya mulai melakukan pendekatan pada teman-teman memberikan informasi tentang dampak negatif dari merokok sekaligus mengajak, serta membujuk teman-teman untuk sedikit demi sedikit mengurangi rokok, melakukannya secara konsisten, selalu mendukung teman-temannya untuk tidak mengkonsumsi rokok.

## DAFTAR PUSTAKA

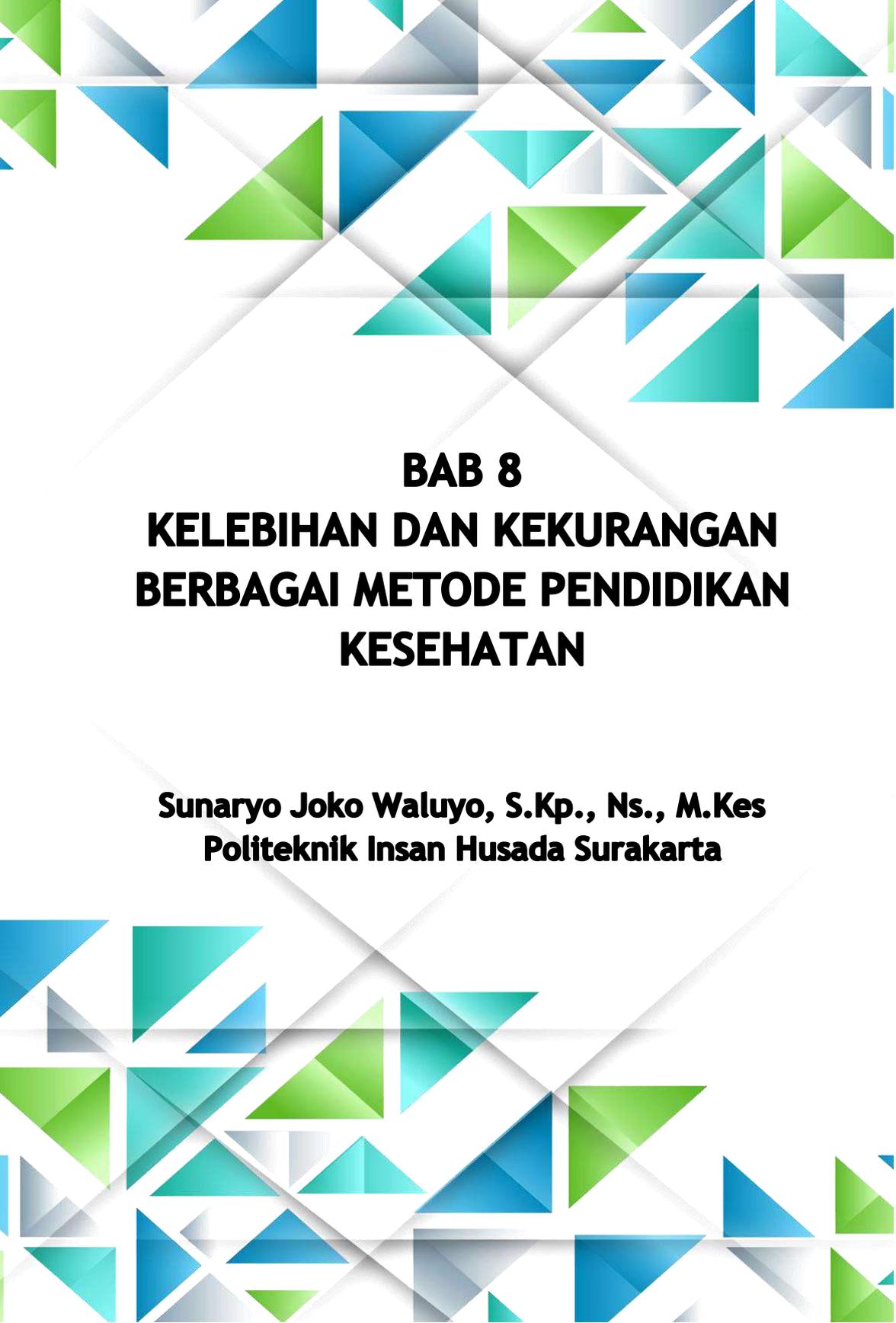
- Ali, Z. (2011). *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ervin, N. E. (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice: Population Focused Care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fitriani, Sinta. (2011). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Green, Lawrence W dan Kreuter. (2005). *Health Program Planning an Educational Ecological Approach*. New York: the McGraw-Hill Companies. Inc.
- Green, Lawrence. (1980). *Health Education Planning a Diagnostic Approach*. Baltimore. The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co.
- Leavell, H. R dan Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Mubarak, dkk. (2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundation for Practice Second Edition*. United Kingdom: Bailliere Tindall.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2014). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suliha, Uha, dkk. (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009.
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009.

## PROFIL PENULIS



Ratna Kusuma Astuti, S.Kep.Ns.M.Kep lahir di Sukoharjo, 10 Maret 1989. Merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2011 dan pendidikan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2012. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan *Nursing Education* di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2017. Saat ini Penulis aktif sebagai Dosen di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan, Politeknik Insan Husada Surakarta dan aktif mengajar mata kuliah: Keperawatan Keluarga, Promosi Kesehatan dan Konsep Dasar Keperawatan.

Email penulis: [ratnakusuma@polinsada.ac.id](mailto:ratnakusuma@polinsada.ac.id)



**BAB 8**  
**KELEBIHAN DAN KEKURANGAN**  
**BERBAGAI METODE PENDIDIKAN**  
**KESEHATAN**

**Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

## **A. PENDAHULUAN**

Esensi pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan atau upaya menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan pesan ini, orang, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pada akhirnya, pengetahuan ini diharapkan akan berpengaruh pada perilaku. Artinya promosi kesehatan diharapkan dapat membawa perubahan perilaku kesehatan.

Promosi/edukasi kesehatan merupakan suatu proses dimana proses tersebut memiliki input dan output. Proses pendidikan kesehatan yang mengarah pada pencapaian tujuan promosi yaitu perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan adalah input, faktor metode, faktor materi atau pesan, pendidikan atau petugas yang melakukannya dan alat atau media yang digunakan untuk menyampaikan pesan.

Untuk mencapai hasil yang maksimal, faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Kondisi ini berarti bahwa input tertentu (tujuan pendidikan) harus menggunakan metode tertentu. Bahan dan alat harus disesuaikan dengan target. Untuk sasaran kelompok, caranya harus berbeda dengan sasaran massa maupun sasaran individu. Target massa harus berbeda dengan target individu.

Pengertian Metode dalam Promosi Kesehatan Metode (method), secara harfiah berarti cara. Selain itu, metode atau metode berasal dari bahasa Yunani, metha, (melalui atau melalui), dan hodos (cara atau cara), sehingga metode dapat berarti “cara atau cara yang harus dilalui untuk mencapai suatu tujuan tertentu”. digunakan untuk melaksanakan suatu pekerjaan guna mencapai tujuan yang diinginkan (Kholid. 2012).

## **B. DEFINISI PENDIDIKAN KESEHATAN**

Pendidikan kesehatan dalam pengertian pendidikan secara umum adalah segala upaya terencana untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, agar mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan atau pelaku promosi kesehatan. Dan batasan ini mengandung unsur input (sasaran dan pendidik pendidikan kesehatan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output

(melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif untuk tujuan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

### **C. FUNGSI MEDIA PENDIDIKAN KESEHATAN**

Media sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Alat-alat bantu tersebut mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan kesehatan.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
4. Menstimulasi sasaran pendidikan kesehatan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima oran lain.
5. Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan.
6. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/ masyarakat.
7. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
8. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2012).

### **D. JENIS METODE PENDIDIKAN KESEHATAN**

Ada 3 (tiga) klasifikasi metode pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Metode Berdasarkan Pendekatan Individu

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk menumbuhkan perilaku baru atau untuk membina seseorang yang mulai tertarik pada perubahan perilaku atau inovasi. Dasar penggunaan pendekatan individual ini karena setiap orang memiliki masalah atau alasan yang berbeda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru, misalnya, ibu hamil yang tertarik untuk imunisasi tetanus toksoid (TT) setelah menerima/mendengarkan pendidikan kesehatan. Pendekatan agar ibu hamil segera meminta imunisasi adalah ibu hamil didekati secara individu. Pendekatan mendukung artinya tidak hanya ibu yang didekati tetapi juga suami atau keluarga ibu hamil (Notoatmodjo, 2012). Cara yang bisa dilakukan adalah:

- a. **Bimbingan dan konseling**  
Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyampaikan pesan, menanamkan rasa percaya diri agar masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan mau membuat rekomendasi yang berkaitan dengan kesehatan.
  - b. **Wawancara**  
Wawancara atau interview merupakan bagian dari bimbingan dan konseling. Wawancara petugas kesehatan dengan klien bertujuan untuk memperoleh informasi mengapa individu tidak atau belum menerima perubahan, individu tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang telah atau akan diadopsi memiliki dasar pemahaman dan pemahaman yang kuat. kesadaran. Jika tidak, maka diperlukan konseling yang lebih mendalam.
2. **Metode Kelompok**  
Memilih metode kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.
- a. **Kelompok Besar**  
Kelompok besar adalah jika ada lebih dari 15 peserta pendidikan kesehatan. Metode yang baik untuk kelompok besar termasuk kuliah dan seminar adalah:
    - 1) **Metode Ceramah**  
Metode ini baik untuk target dengan pendidikan tinggi dan rendah.
    - 2) **Metode Seminar**  
Metode ini hanya cocok untuk menargetkan kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar adalah presentasi dari seorang pakar atau beberapa pakar tentang suatu topik yang dianggap penting dan sedang hangat di masyarakat.
  - b. **Kelompok kecil**  
Jika peserta kegiatan kurang dari 15 orang, biasanya kami menyebutnya kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok kecil adalah:

### 1) Diskusi Kelompok

Semua anggota kelompok dalam diskusi kelompok dapat dengan bebas berpartisipasi dalam diskusi, sehingga formasi tempat duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga dapat saling berhadapan atau saling memandang. Misalnya dalam bentuk lingkaran atau persegi panjang. Pemimpin diskusi juga duduk di antara para peserta agar tidak memberikan kesan bahwa seseorang lebih tinggi.

Saat memulai diskusi pemimpin diskusi harus memberikan prompt yang dapat berupa pertanyaan atau kasus yang berkaitan dengan topik yang sedang dibahas. Agar diskusi berlangsung hidup, pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga setiap orang memiliki kesempatan untuk berbicara dan tidak mengarah pada dominasi peserta diskusi.

### 2) Brainstorming

Metode ini merupakan modifikasi dari metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada awalnya pemimpin kelompok memancing satu soal kemudian masing-masing peserta memberikan jawaban atau tanggapan (brainstorming). Tanggapan atau jawaban ditampung dan ditulis pada flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mengungkapkan pendapat mereka, tidak ada yang bisa mengomentari mereka. Hanya setelah semua anggota menyampaikan pendapatnya, masing-masing anggota dapat berkomentar dan akhirnya terjadilah diskusi.

### 3) Bola Salju (Snow Bolling)

Kelompok dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang terdiri dari 2 orang) kemudian diberikan pertanyaan atau masalah. Setelah sekitar 5 menit, setiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka terus mendiskusikan masalah dan mencari kesimpulan. Kemudian setiap 2 pasang yang sudah mempunyai 4 anggota bergabung lagi dengan pasangan yang lain dan begitu seterusnya sehingga pada akhirnya akan terjadi diskusi semua anggota kelompok

### 4) Grup kecil (Grup Buzz)

Kelompok tersebut segera dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberikan soal yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Setiap kelompok mendiskusikan masalah tersebut.

Selanjutnya hasil masing-masing kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Roleplay (Bermain Peran)

Metode ini terdiri dari beberapa anggota kelompok yang ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk berperan, misalnya sebagai perawat atau bidan sedangkan anggota lainnya sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka mendemonstrasikan, misalnya, bagaimana berinteraksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam menjalankan tugas.

6) Permainan Simulasi

Metode ini merupakan kombinasi dari bermain peran dan diskusi kelompok. Pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Metode permainannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk) selain hamparan atau papan permainan. Beberapa orang menjadi pemain dan beberapa orang bertindak sebagai nara sumber

3. Metode Massa (Publik)

Metode pendidikan kesehatan massal digunakan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada massa atau publik. Dengan demikian, cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Promosi kesehatan tidak membedakan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh masyarakat luas.

Menurut Notoatmodjo (2012), metode promosi kesehatan dapat diklasifikasikan berdasarkan Teknik Komunikasi, Tujuan yang dicapai, dan indera penerima tujuan promosi.

1. Berdasarkan Teknik Komunikasi

a. Metode konseling langsung.

Dalam hal ini penyuluh tatap muka atau tatap muka target. Antara lain: kunjungan rumah, pertemuan diskusi (FGD), pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu, dll.

- b. Metode tidak langsung.  
 Dalam hal ini penyuluh tidak bertatap muka secara langsung dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya melalui perantara (media). Misalnya, publikasi dalam bentuk media cetak, melalui tayangan film, dll
2. Berdasarkan Jumlah Tujuan yang Dicapai
- a. Pendekatan Individu  
 Dalam hal ini penyuluh mempunyai hubungan langsung maupun tidak langsung dengan target individu, termasuk kunjungan rumah sambungan telepon, dll
  - b. Pendekatan Kelompok  
 Dalam pendekatan ini, petugas promosi berhubungan dengan sekelompok orang target. Beberapa metode penyuluhan yang termasuk dalam kategori ini antara lain: Rapat, demonstrasi, diskusi kelompok, pertemuan FGD, dan lain-lain
  - c. Pendekatan Massa  
 Petugas promosi kesehatan menyampaikan pesan sekaligus. Untuk sejumlah besar target. Beberapa contoh metode ini antara lain:
    - 1) Ceramah umum, metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
    - 2) Pidato atau diskusi melalui media elektronik.
    - 3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter/petugas kesehatan tentang suatu penyakit.
    - 4) Artikel/tulisan yang terdapat dalam majalah atau Koran tentang kesehatan.
    - 5) Bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya
3. Berdasarkan Indera Penerima
- a. Metode Melihat/Memperhatikan. Dalam hal ini pesan diterima oleh sasaran melalui indera penglihatan, seperti: menempel poster, memasang gambar/foto, memasang koran dinding, pemutaran film.
  - b. Metode Mendengar. Dalam hal ini pesan diterima oleh sasaran melalui panca indera pendengar, misalnya Konseling melalui radio, pidato, ceramah, dll.

- c. Metode "kombinasi". Ini termasuk: Demonstrasi cara (melihat, mendengar, mencium, menyentuh, dan mencoba).

## **E. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDIDIKAN KESEHATAN**

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran menurut Widyawati (2020) yaitu :

1. Tingkat Pendidikan  
Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.
2. Tingkat Sosial Ekonomi  
Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
3. Adat Istiadat  
Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.
4. Kepercayaan Masyarakat  
Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.
5. Ketersediaan waktu di masyarakat  
Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan

## **F. KELEBIHAN DAN KEKURANGAN MASING-MASING METODE PENDIDIKAN KESEHATAN**

1. Kunjungan Rumah  
Kunjungan rumah merupakan hubungan langsung antara penyuluh dan masyarakat sasaran dan keluarganya di rumah atau di tempat biasa mengumpulkan. Biasanya kegiatan ini disebut anjang sana, anjang karya, dll.

Cara melakukan metode home visit/ kunjungan rumah dengan memperhatikan hal-hal seperti berikut ini:

- a. Ada maksud dan tujuan tertentu
- b. Tepat waktu dan tidak membuang waktu
- c. Rencanakan beberapa kunjungan berturut-turut untuk menghemat waktu
- d. Kunjungi juga target yang jauh dan terpencil
- e. Metode ini untuk memperkuat metode lain atau ketika metode lain tidak efektif.

Selama kunjungan, ingatlah hal-hal seperti:

- a. Berbicara tentang pertanyaan atau hal hal yang menarik
- b. Biarkan keluarga target berbicara sebanyak mungkin dan jangan menyela pembicaraan
- c. Bicaralah ketika keluarga target ingin mendengarnya
- d. Berbicara dengan gaya yang menarik
- e. Gunakan bahasa umum yang sederhana, berbicara perlahan dan dalam suasana yang menyenangkan
- f. Harus serius dalam pernyataan
- g. Jangan memanjangkan berdebat yang tidak ada gunanya
- h. Biarkan keluarga target merasa seperti pencetus ide yang bagus
- i. Harus jujur dalam belajar mengajar
- j. Memberikan kesan kepada keluarga target sebagai teman
- k. Catat tanggal kunjungan, tujuan, hasil, dan janji temu
- l. Membawa leaflet, brosur, dll untuk diberikan kepada keluarga target. Itu akan membuat terjalin persahabatan

Keuntungan dari metode kunjungan rumah adalah:

- a. Dapatkan informasi langsung tentang masalah kesehatan
- b. Menumbuhkan Persahabatan
- c. Tumbuhnya kepercayaan pada penyuluh ketika rekomendasi mereka diterima
- d. Menemukan tokoh-tokoh masyarakat yang lebih baik
- e. Berkurangnya hambatan antara penyuluh dan keluarga sasaran
- f. Jangkauan juga warga masyarakat terpencil, yang tidak memungkinkan dengan metode lain

- g. Tingkat adopsi yang lebih tinggi untuk perilaku kesehatan baru

Keterbatasan metode kunjungan rumah adalah:

- a. Jumlah kemungkinan kunjungan terbatas
- b. Kunjungan yang sesuai untuk keluarga sasaran dan penyuluh sangat terbatas
- c. Terlalu sering mengunjungi satu keluarga sasaran akan menimbulkan prasangka pada keluarga lain.

## 2. Pertemuan Umum

Pertemuan umum adalah suatu pertemuan dengan peserta campuran dimana disampaikan beberapa informasi tertentu tentang kesehatan untuk dilaksanakan oleh masyarakat sasaran.

Cara melakukannya dengan perencanaan dan persiapan yang baik, seperti:

- a. Negosiasikan dulu dengan orang-orang yang terlibat
- b. Berkonsultasi dengan pemimpin lokal dan membuat agenda sementara
- c. Menjamin kedatangan narasumber lain (bila diperlukan)
- d. Cobalah untuk berpartisipasi dalam semua kelompok di tempat itu.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam rapat umum adalah:

- a. Pertemuan diadakan di tempat yang strategis, dengan pencahayaan dan udara segar
- b. Waktu yang dipilih adalah waktu luang komunitas
- c. Pada siang hari, apabila tempat tinggal warga berjauhan
- d. Memulai dan mengakhiri rapat dengan tepat waktu
- e. Memperhatikan tujuan pertemuan dengan memberikan kesempatan untuk berdiskusi, hindari perbedaan pendapat
- f. Usahakan untuk menggunakan alat bantu visual yang tepat
- g. Upaya-upaya untuk menarik perhatian, membangkitkan perhatian, dan mendorong kegiatan
- h. Berikan apresiasi kepada semua kelompok yang hadir
- i. Libatkan tokoh masyarakat setempat
- j. Usahakan kegiatan tindak lanjut (jika ada)
- k. Berikan lembar yang sesuai dengan materi yang sedang dibahas

Keuntungan dari metode pertemuan kelompok adalah:

- a. Target/ sasaran lebih banyak
- b. Menjadi tahap persiapan untuk metode lain
- c. Pengenalan pribadi dapat ditingkatkan
- d. Semua jenis topik/judul dapat diberikan
- e. Mengadopsi rekomendasi berbiaya rendah/berbiaya rendah

Kekurangan/keterbatasan:

- a. Tempat dan fasilitas pertemuan tidak selalu memadai
- b. Waktu untuk berdiskusi biasanya sangat terbatas
- c. Pembahasan topik sedikit lebih sulit karena peserta yang hadir beragam
- d. Peristiwa yang tidak dapat dikendalikan seperti cuaca buruk, dll. Dapat mengurangi kehadiran

### 3. Metode Diskusi Kelompok Terarah (Focused Groups Discussion)

Pertemuan diskusi kelompok terarah adalah untuk kelompok yang lebih kecil atau lebih sedikit Pesertanya sekitar 12-15 orang. Harus ada partisipasi yang baik dari peserta hadir. Biasanya digunakan untuk menjelaskan informasi yang lebih rinci dan rinci serta pertukaran pendapat mengenai perubahan perilaku kesehatan.

Keberhasilan pertemuan FGD sangat bergantung pada penyuluh untuk:

- a. Memperkenalkan masalah yang dapat menarik perhatian peserta
- b. Pertahankan perhatian terus-menerus dari para peserta
- c. memungkinkan setiap orang untuk mengungkapkan pendapat mereka dan menghindari dominasi oleh beberapa orang
- d. Meringkas diskusi dan menyusun saran yang diajukan
- e. Sediakan bahan informasi yang cukup agar peserta sampai pada kesimpulan yang tepat.

Kelebihan FGD antara lain :

- a. Informasi : Dapat diketahui tentang persepsi, opini, kepercayaan dan sikap terhadap pelayanan, konsep dan ide suatu kegiatan/proyek.

- b. Sinergisme : suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas.
- c. Manfaat bola salju : komentar yang didapat secara acak dari peserta dapat memacu reaksi berantai respons yang beragam dan sangat mungkin menghasilkan ide-ide baru.
- d. Stimulan : pengalaman diskusi kelompok sebagai sesuatu yang menyenangkan dan lebih mendorong orang berpartisipasi mengeluarkan pendapat.
- e. Keamanan : individu biasanya merasa lebih aman, bebas dan leluasa mengekspresikan perasaan dan pikirannya dibandingkan kalau secara perseorangan yang mungkin ia akan merasa khawatir.
- f. Spontan : individu dalam kelompok lebih dapat diharapkan menyampaikan pendapat atau sikap secara spontan dalam merespons pertanyaan, hal yang belum tentu mudah terjadi dalam wawancara perseorangan.

Kelemahan metode FGD antara lain :

- a. Karena dapat dilakukan secara cepat dan murah, FGD sering digunakan oleh pembuat keputusan atau pendukung dugaan atau pendapat pembuat keputusannya.
  - b. FGD terbatas untuk dapat memperoleh informasi yang lebih mendalam dari seorang individu yang mungkin dibutuhkan.
  - c. Teknik FGD mudah dilaksanakan, tetapi sulit melakukan interpretasi datanya.
  - d. FGD memerlukan fasilitator-moderator (pemandu diskusi) yang memiliki keterampilan tinggi.
4. Demonstrasi Cara atau Percontohan
- Demonstrasi menunjukkan secara singkat kepada kelompok bagaimana melakukan perilaku kesehatan baru. Metode ini lebih menekankan pada bagaimana melakukan perilaku yang sehat. Kegiatan ini bukanlah suatu percobaan atau ujian, melainkan suatu upaya memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Tujuannya adalah untuk meyakinkan masyarakat bahwa perilaku kesehatan tertentu yang direkomendasikan

bermanfaat dan sangat praktis bagi masyarakat. Demonstrasi ini akan mengajarkan keterampilan baru.

Caranya melakukan dengan segala perencanaan dan persiapan yang diperlukan, seperti:

- a. Datanglah sebelum kegiatan dimulai untuk mengecek peralatan dan bahan yang dibutuhkan
- b. Atur tempat sebaik mungkin, agar semua peserta dapat melihatnya dan berpartisipasi dalam diskusi
- c. Demonstrasi dilakukan secara bertahap sambil membangkitkan keinginan peserta untuk bertanya
- d. Izinkan peserta atau perwakilan peserta untuk mencoba keterampilan perilaku baru
- e. Sediakan leaflet cepat (brosur, dll) yang berhubungan dengan demonstrasi. Saran:
- f. Pilih topik berdasarkan kebutuhan masyarakat
- g. Demonstrasi dilakukan pada waktu yang tepat
- h. Berikan pengumuman secara luas sebelumnya untuk menarik banyak perhatian dan peserta
- i. Gunakan alat yang mudah diperoleh orang
- j. Hilangkan keraguan, tetapi hindari argumen verbal
- k. Hargai cara yang biasanya dilakukan orang

Keunggulan/kelebihan metode demonstrasi adalah:

- a. Memberikan pengajaran keterampilan yang efektif.
- b. Lebih merangsang aktivitas/ kegiatan.
- c. Menumbuhkan rasa percaya diri pada diri sendiri.
- d. Perhatian peserta dapat dipusatkan, dan titik berat yang dianggap penting dapat diamati.
- e. Perhatian lebih terpusat pada apa yang didemonstrasikan, jadi prosesnya akan lebih terarah dan akan mengurangi perhatian kepada masalah lain.
- f. Dapat merangsang peserta untuk lebih aktif dalam mengikuti proses pendidikan kesehatan.
- g. Bisa membantu peserta ingat lebih lama tentang materi yang disampaikan.
- h. Dapat mengurangi kesalahpahaman karena lebih jelas dan kongkrit.

Kekurangan/keterbatasan metode demonstrasi adalah:

- a. Membutuhkan banyak persiapan, peralatan, dan keterampilan
- b. Merugikan jika demonstrasi dilakukan dengan kualitas yang buruk
- c. Memerlukan waktu yang cukup lama
- d. Apabila terjadi kekurangan media, metode demonstrasi menjadi kurang efisien
- e. Memerlukan biaya yang cukup mahal, terutama untuk membeli bahan-bahannya
- f. Memerlukan tenaga yang tidak sedikit, apabila murid tidak aktif maka metode demonstrasi menjadi tidak efektif

## DAFTAR PUSTAKA

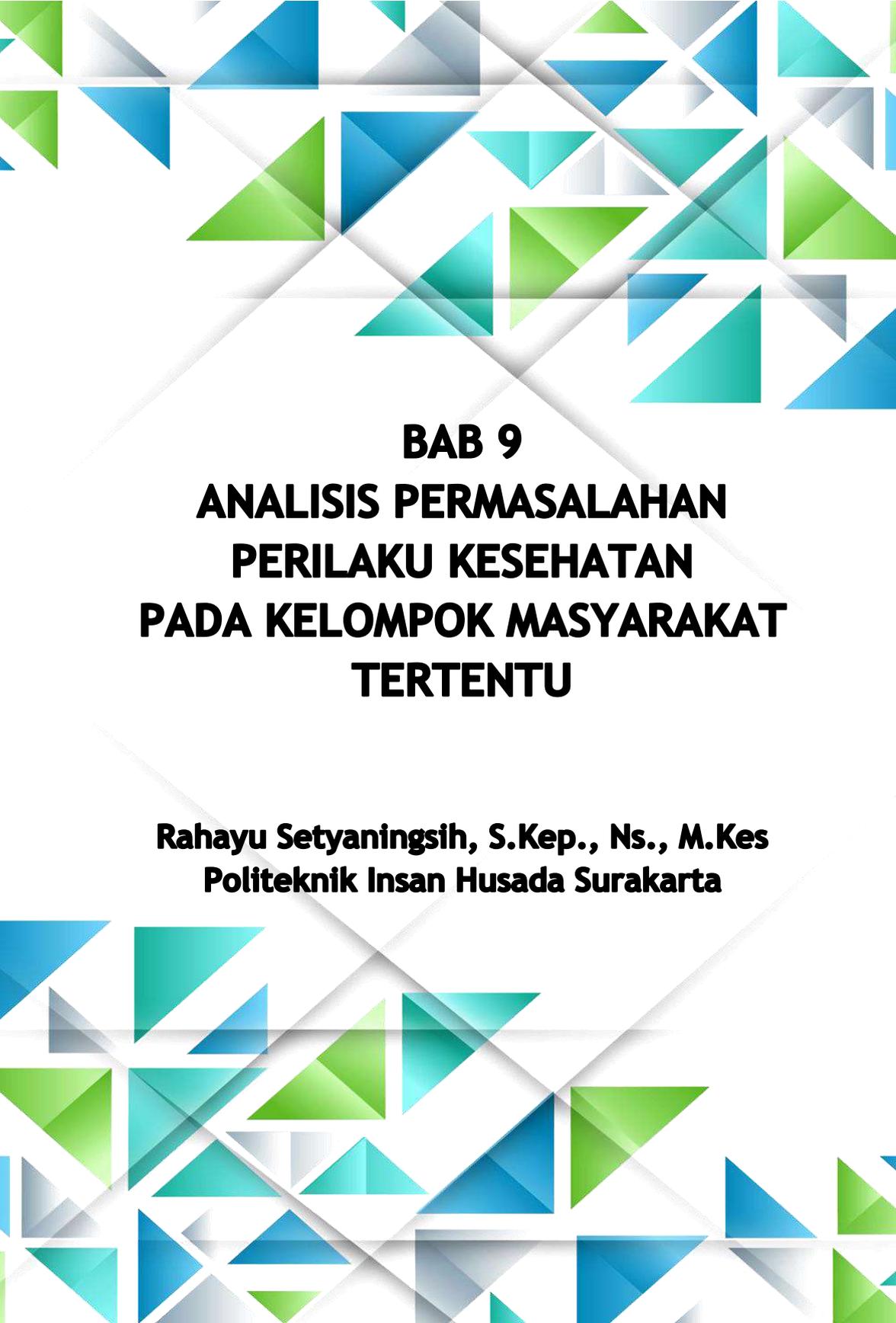
- Kholid. 2012. *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Prilaku, Media, Dan Aplikasinya*. Perpustakaan Nasional. Jakarta. Rajawali Pers.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Widyawati. 2020. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Medan. STIKES Binalita Sudama.

## PROFIL PENULIS



Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes

Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Diponegoro, Semarang lulus tahun 2002, dan pendidikan Profesi Ners di Universitas Diponegoro, Semarang lulus tahun 2003. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret, Surakarta lulus tahun 2013. Penulis menjadi Dosen dari tahun 1997 Sampai Saat ini, di Prodi D3 Keperawatan, Politeknik Insan Husada Surakarta.



**BAB 9**  
**ANALISIS PERMASALAHAN**  
**PERILAKU KESEHATAN**  
**PADA KELOMPOK MASYARAKAT**  
**TERTENTU**

**Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**Politeknik Insan Husada Surakarta**

## **A. PERILAKU**

### **1. Pengertian Perilaku**

Kata perilaku berasal dari “peri” dan “laku” yang artinya adalah kelakuan, perbuatan, cara untuk menjalankan. Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya. Reaksi terbagi atas 2 bentuk yaitu pasif (tanpa tindakan nyata) dan bentuk aktif (dengan tindakan nyata atau konkret). Perilaku adalah keteraturan dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitar. Perilaku adalah suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Timbulnya perilaku (yang dapat diamati) merupakan resultan dari tiga daya pada diri seseorang, yaitu daya cenderung untuk mengulangi pengalaman yang enak dan menghindari pengalaman yang tidak menyenangkan, daya rangsangan (stimulus) terhadap seseorang yang ditanggapi, dan daya individual yang sudah ada dalam diri seseorang (kemandirian). Proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari individu itu sendiri diantaranya adalah belajar, persepsi, syaraf pusat, motivasi dan emosi. Susunan syaraf pusat mempunyai peran yang penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan perpindahan dari rangsangan yang masuk ke respon yang dihasilkan. Perpindahan ini dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit terkecilnya yaitu neuron. Neuron memindahkan energi melalui impuls syaraf. Sedangkan perilaku dalam diri seseorang diketahui melalui persepsi. Persepsi ini adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran dan lain sebagainya.

Ada tiga asumsi mengenai perilaku manusia, asumsi pertama, perilaku itu disebabkan; kedua, perilaku itu digerakkan; ketiga, perilaku itu ditujukan pada sasaran atau tujuan. Hal ini berarti proses perubahan perilaku mempunyai kesamaan pada setiap individu, yaitu: perilaku itu ada penyebabnya, terjadi tidak secara spontan, dan mengarah pada sasaran atau tujuan. Perilaku sebagai operasionalisasi dan aktualisasi sikap seseorang atau kelompok terhadap sesuatu dalam hal ini situasi atau kondisi lingkungan (alam, masyarakat, teknologi atau organisasi).

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk

pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo Soekidjo, 2010). Perilaku merupakan fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu meliputi motif, nilai-nilai, kepribadian, sifat, sikap berinteraksi antar sesama, pula dengan faktor lingkungan dalam menentukan perilaku. Faktor lingkungan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, lebih besar dari karakteristik individu (Azward, 2005). Perilaku adalah tindakan atau perbuatan individu yang dapat diamati dan dipelajari. Motif merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi timbulnya perilaku. Kekuatan motif merupakan alasan yang mendasari perilaku. Kekuatan motif cenderung akan menurun apabila sudah terpenuhi atau terhalangi. Sebelum terbentuknya suatu pola perilaku, seseorang memiliki bentuk sikap dari rangsangan yang datang dari luar dalam bentuk aktifitas, dari sikap itulah terbentuk perilaku. Sikap individu ini berupa pikiran dan perasaan yang tidak dapat dilihat (intangible) membentuk pola perilaku masyarakat yang bisa terlihat (tangible). Perilaku yang tidak dapat dilihat dapat berupa sikap, pendapat, pandangan dan lain sebagainya, sedangkan perilaku yang bisa terlihat bisa berupa aktifitas motorik seperti bernyanyi, berbicara dan lain sebagainya.

## 2. Domain Perilaku

Domain perilaku terdiri atas:

### a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari mengetahui setelah seseorang melakukan pengamatan melalui indera terhadap suatu obyek tertentu, pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang ini menjadi dasar dalam mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Ada empat jenis pengetahuan yaitu:

#### 1) Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan konseptual menunjukkan saling keterkaitan antara unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan berfungsi bersama-sama semua unsurnya. Pengetahuan ini meliputi: skema, model pemikiran dan teori baik yang bersifat implisit ataupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual

yaitu: pertama, pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori; kedua, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi; ketiga, pengetahuan tentang teori, model dan struktur.

2) Pengetahuan Faktual

Pengetahuan faktual terdiri atas potongan-potongan informasi yang terpisah atau bagian/unsur dasar yang terdapat di dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pada umumnya pengetahuan ini merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam yaitu pertama pengetahuan terminologi (*knowledge of terminology*) yang meliputi pengetahuan tentang label atau simbol tertentu, bersifat verbal ataupun nonverbal, yang kedua adalah pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) yang meliputi waktu, orang, kejadian dan informasi lain yang sangat spesifik sifatnya

3) Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan prosedural meliputi bagaimana mengerjakan sesuatu yang bersifat rutin ataupun baru. Isi dari pengetahuan prosedural ini seringkali terdiri dari langkah-langkah maupun tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan sesuatu.

4) Pengetahuan Metakognitif

Pengetahuan metakognitif meliputi pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru mencakup:

a) Mengingat atau menghafal (*Remember*)

Mengingat adalah menarik kembali informasi yang tersimpan di dalam memori jangka panjang. Merupakan proses kognitif dengan tingkatan paling rendah. Kategori mengingat ada dua macam yaitu mengingat (*recalling*) dan mengenali (*recognizing*).

b) Memahami (*Understand*)

Memahami adalah membangun atau mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengertian awal yang dimiliki, mengaitkan informasi baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran. Penyusunan skema adalah konsep, sehingga pengetahuan konseptual merupakan dasar untuk memahami. Kategori memahami meliputi tujuh proses yaitu: menafsirkan

(*interpreting*), memberikan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), meringkas (*summerizing*), menarik inferensi (*inferring*), membandingkan (*comparing*) dan menjelaskan (*explaining*).

c) Mengaplikasikan (*Applying*)

Mengaplikasikan meliputi penggunaan prosedur untuk menyelesaikan masalah atau menyelesaikan tugas. Mengaplikasikan terkait erat dengan pengetahuan prosedural. Kategori mengaplikasikan meliputi 2 macam yaitu: menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

d) Menganalisis (*Analyzing*)

Menganalisis adalah menguraikan masalah atau obyek ke unsur-unsurnya dan menentukan bagaimana keterkaitan antar unsur tersebut dan struktur besarnya. Menganalisis mencakup 3 hal yaitu: membedakan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan pesan tersirat (*attributting*).

e) Mengevaluasi (*Evaluating*)

Mengevaluasi adalah membuat pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ditentukan. Mengevaluasi ada dua macam proses kognitif yaitu: memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*)

f) Membuat (*Create*)

Membuat adalah menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Membuat terdiri atas tiga proses kognitif yaitu: membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang sisi materi yang ingin diukur dan subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo Soekidjo, 2007).

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoatmodjo Soekidjo, 2005). Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau obyek yang bersifat intern atau ekstern, sehingga manifestasinya tidak bisa dilihat

langsung, hanya bisa ditafsirkan terlebih dahulu. Sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu obyek yang mendahului tindakan. Sikap terbentuk setelah mendapatkan informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu obyek. Seperti pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- 1) Menerima (*Receiving*)  
Menerima adalah bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- 2) Merespon (*Responding*)  
Merespon adalah memberikan jawaban ketika diberikan pertanyaan, mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*Valuing*)  
Menghargai adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
- 4) Bertanggung jawab (*Responsibility*)  
Bertanggung jawab adalah menanggung resiko terhadap segala sesuatu yang telah dipilih.

c. Praktik atau Tindakan

Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan itu bagi orang yang bersangkutan. Respon atau reaksi ini disebut perilaku. Bentuk perilaku bisa bersifat sederhana dan kompleks. Tindakan adalah gerakan atau perbuatan dari tubuh setelah mendapatkan rangsangan atau adaptasi dari dalam atau luar tubuh (Notoatmodjo Soekidjo, 2005). Tindakan seseorang terhadap stimulus banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Empat tingkatan tindakan adalah:

- 1) Persepsi (*Perception*)  
Persepsi adalah mengenal dan memiliki berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang diambil.
- 2) Respon terpimpin (*Guided Respon*)  
Respon terpimpin adalah mampu melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.

### 3) Mekanisme (*Mechanism*)

Mekanisme adalah kebiasaan untuk melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis.

### 4) Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Menurut Green yang dikutip oleh (Notoatmodjo Soekidjo, 2007), faktor-faktor yang merupakan penyebab perilaku dipengaruhi oleh 3 hal yaitu: pertama faktor predisposisi yang meliputi nilai, keyakinan, sikap dan pengetahuan terkait dengan motivasi seseorang bertindak; kedua faktor pemungkin atau faktor pendukung yang meliputi: sarana, fasilitas, prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat; ketiga faktor penguat yang meliputi: keluarga, petugas kesehatan dan lain sebagainya.

## **B. PERILAKU KESEHATAN**

### 1. Pengertian Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang terkait dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo Soekidjo, 2007). Perilaku sehat adalah suatu respon seseorang terhadap rangsang dari luar untuk menjaga kesehatan secara utuh. Perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjaagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu betul-betul sehat (Notoatmodjo Soekidjo, 2010).

### 2. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu:

#### a. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah usaha seseorang untuk memelihara kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sedang sakit.

b. Perilaku Mencari dan Penggunaan Sistem Pelayanan Kesehatan (*Health Seeking Behavior*)

Adalah perilaku yang menyangkut tindakan atau upaya seseorang saat menderita sakit dan atau kecelakaan untuk berusaha secara mandiri mulai dari *self treatment* atau mengobati diri sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

c. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Adalah cara seseorang untuk merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

3. Bentuk-Bentuk Perilaku Kesehatan

Rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan menurut (Notoatmodjo Soekidjo, 2003) terdiri atas empat unsur yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Tingkat kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causer*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causer*). Sedangkan perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu

- a. Faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dan lain sebagainya.
- b. Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, adanya sarana dan prasarana, fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, obat, dan lain sebagainya.
- c. Faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari yang bersangkutan. Tersedianya fasilitas dan sikap serta perilaku para petugas kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Notoatmodjo Soekidjo, 2007).

#### 4. Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkatan-tingkatan pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkatan pencegahan penyakit, yaitu:

- a. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan
- b. Perilaku pencegahan penyakit
- c. Perilaku pencarian pengobatan
- d. Perilaku pemulihan kesehatan

Perilaku sakit adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, menghilangkan rasa tidak enak atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu (Sarwono, 2004). Penyebab perilaku sakit adalah sebagai berikut (Sarwono, 2004):

- a. Dikenal dan dirasakannya gejala dan tanda yang menyimpang dari keadaan normal.
- b. Anggapan adanya gejala serius yang dapat menimbulkan adanya bahaya.
- c. Gejala penyakit dirasakan akan menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dan kegiatan kemasyarakatan.
- d. Frekuensi dan persisten (terus menerus, menetap) tanda dan gejala yang dapat dilihat.
- e. Kemungkinan individu untuk terserang penyakit.
- f. Adanya informasi, pengetahuan dan anggapan budaya tentang penyakit
- g. Adanya perbedaan interpretasi tentang gejala penyakit
- h. Adanya kebutuhan untuk mengatasi gejala penyakit
- i. Tersedianya berbagai sarana pelayanan kesehatan, seperti: fasilitas, tenaga, obat-obatan, biaya dan transportasi

#### 5. Perilaku Pencegahan Penyakit

Tingkatan pencegahan penyakit menurut (Notoatmodjo Soekidjo, 2007) ada lima tingkatan yaitu:

- a. Peningkatan Kesehatan (*Health Promotion*)
  - 1) Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas.
  - 2) Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan.

- 3) Peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat seks bebas dan Pelayanan Keluarga Berencana.
- b. Perlindungan Umum dan Khusus terhadap Penyakit Tertentu (*Specific Protection*)
    - 1) Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencegah terhadap penyakit- penyakit tertentu.
    - 2) Isolasi terhadap penyakit menular.
    - 3) Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja.
    - 4) Perlindungan terhadap bahan–bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergi
  - c. Menggunakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*)
    - 1) Mencari kasus sedini mungkin.
    - 2) Melakukan pemeriksaan umum secara rutin.
    - 3) Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu misalnya kusta, TBC, kanker serviks.
    - 4) Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita.
    - 5) Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular.
    - 6) Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus
  - d. Pembatasan Kecacatan (*Dissability Limitation*)
    - 1) Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjut agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi.
    - 2) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan.
    - 3) Perbaikan fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif
  - e. Pemulihan Kesehatan (*Rehabilitation*)
    - 1) Mengembangkan lembaga-lembaga reahlitasi dengan mengikutsertakan masyarakat.
    - 2) Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberi dukungan moral, setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan.

- 3) Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri.
  - 4) Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit
6. Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan

Perilaku ini adalah respons individu terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Respons tersebut terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas maupun penggunaan obat-obatan, yang meliputi respons terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, respons terhadap cara pelayanan kesehatan, respons terhadap petugas kesehatan dan respons terhadap pemberian obat-obatan.

a. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sakit. Perilaku ini terdiri atas dua aspek yaitu sebagai berikut.

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, misalnya : pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, mencuci tangan dan sebagainya.
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan dan penyembuhan akibat sakit kesehatan itu dinamis dan relative, maka perlu upaya bagi yang sudah sehat untuk meningkatkan kembali kesehatannya seoptimal mungkin, misalnya : pemberian antibiotic makan dan minuman yang bergizi, pemberian tablet Fe dan sebagainya.

b. Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan (*Environmental Behaviour*)

Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya. Apabila individu bisa mengelola lingkungan dengan baik, maka lingkungan tidak akan mengganggu kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, misalnya : pengelolaan sampah, air minum, pembuangan tinja, pembangunan limbah dan sebagainya. Perilaku ini adalah respons individu terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini sesuai lingkungan kesehatan lingkungan, yaitu :

- 1) Perilaku terhadap air bersih, meliputi manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.

- 2) Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor atau kotoran. Disini menyangkut pula hygiene, pemeliharaan, teknik dan penggunaannya.
  - 3) Perilaku sehubungan dengan pembuangan limbah, baik limbah cair maupun padat. dalam hal ini termasuk sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat dan dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
  - 4) Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat. Rumah sehat menyangkut ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
  - 5) Perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vektor.
- c. Perilaku Hidup Sehat
- Perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilakunya antara lain sebagai berikut :
- 1) Makan dengan menu seimbang. Menu seimbang disini berarti memenuhi unsur kualitas
  - 2) Olahraga secara teratur, juga mencakup segi kualitas dan kuantitas. Dalam satu minggu minimal 2 kali melakukan olah raga selama lebih kurang satu jam. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah dari segi umur dan status kesehatan yang bersangkutan.
  - 3) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan yang jelek yang dapat mengakibatkan berbagai penyakit. Di Indonesia hampir 50% penduduk usia dewasa merokok, begitu juga remaja hampir 15% sudah merokok.
  - 4) Tidak minum – minuman keras
  - 5) Tidak menggunakan narkoba
  - 6) Istirahat yang cukup
  - 7) Hindari stress. Stress adalah ketegangan dalam perilaku dan bentuk perasaan yang bergejolak menekan – nekan berupa ketegangan. Setiap orang bisa mengalami stress dan akibatnya dapat bermacam – macam bagi kesehatan.
  - 8) Gaya hidup yang sehat : tidak berganti – ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri dengan lingkungan sekitar, dan sebagainya

### C. KELOMPOK MASYARAKAT/KELOMPOK SOSIAL

Kelompok Sosial memiliki ragam bentuk dan kepentingan. Suatu masyarakat dapat dipandang sebagai kelompok besar, meskipun sebagian besar kelompok sosial jauh lebih kecil. Macam kelompok sosial ditandai dengan adanya hubungan dan komunikasi antar individu.

#### 1. Macam Kelompok Sosial

Macam kelompok sosial menunjukkan beberapa tingkat kohesi sosial dan lebih dari kumpulan sederhana atau kumpulan individu. Secara garis besar, macam kelompok sosial dibagi menjadi dua, kelompok sosial teratur dan tidak teratur. Berikut macam kelompok dirangkum dari (Khotimah Fitri Nur, 2019)

##### a. Kelompok Sosial Teratur

##### 1) Kelompok Primer

Kelompok primer merujuk pada macam kelompok sosial kecil yang memiliki ciri bersifat intimitas, asosiasi tatap muka, dan kerja sama. Kelompok primer merupakan kelompok yang anggota-anggotanya sering berhadapan muka dan saling mengenal dari dekat. Karena itu hubungan dalam kelompok primer lebih erat.

##### 2) Kelompok Sekunder

Kelompok sekunder merujuk pada sebuah kelompok formal imersonal yang memiliki sedikit kedekatan sosial. Interaksi dalam kelompok sekunder terdiri atas saling hubungan yang tidak langsung dan kurang bersifat kekeluargaan. Hubungan-hubungan kelompok sekunder biasanya lebih bersifat obyektif. Peranan atau fungsi kelompok sekunder dalam kehidupan manusia adalah untuk mencapai tujuan tertentu dalam masyarakat dengan bersama, secara obyektif dan rasional.

##### 3) Kelompok Dalam (*In-Group*)

Kelompok dalam merupakan macam kelompok sosial dengan bentuk kesadaran seseorang tentang identitas dirinya dalam suatu kelompok, misalnya keluargaku, negaraku, dan profesiku. Kata "ku" dalam pernyataan tersebut menunjukkan seseorang merasa menjadi bagian dalam kelompok tersebut.

4) Kelompok Luar (*Out Grup*)

Pada kelompok luar seseorang dapat merasa bahwa dirinya bukan bagian dari suatu kelompok. *Out-group* dapat berubah menjadi *in-group* karena adanya kontak dan komunikasi yang memungkinkan interaksi sosial antar kelompok atau antar individu terjalin dengan baik sehingga muncul rasa simpati.

5) Kelompok Formal

Kelompok formal adalah macam kelompok sosial yang mempunyai peraturan yang tegas dan sengaja diciptakan oleh anggota-anggotanya untuk mengatur hubungan antara anggota-anggotanya. Hubungan antar anggota berlangsung secara terkoordinasi melalui usaha-usaha untuk mencapai tujuan berdasarkan bagian-bagian organisasi yang bersifat spesialisasi. Kegiatannya didasarkan pada aturan-aturan yang sebelumnya sudah ditentukan.

6) Kelompok Non Formal

Kelompok informal adalah suatu kelompok yang tumbuh dari proses interaksi, daya tarik, dan kebutuhan-kebutuhan seseorang. Keanggotaan kelompok biasanya tidak teratur dan keanggotaan ditentukan oleh daya tarik bersama dari individu dan kelompok. Dalam kelompok ini terjadi pembagian tugas yang jelas tapi bersifat informal dan hanya berdasarkan kekeluargaan dan simpati.

7) Paguyuban

Macam kelompok sosial selanjutnya adalah paguyuban. Paguyuban adalah bentuk kehidupan bersama, di mana para anggota-anggotanya diikat oleh hubungan batin yang murni dan bersifat alamiah serta kekal, dasar hubungan tersebut adalah rasa cinta dan rasa persatuan batin yang memang telah dikodratkan. Hubungan seperti ini dapat dijumpai dalam keluarga, kelompok kekeluargaan, rukun tetangga, dan lain-lain.

8) Patembayan

Patembayan adalah ikatan lahir yang bersifat pokok untuk jangka waktu yang pendek, bersifat imajiner dan strukturnya bersifat mekanis sebagaimana terdapat dalam mesin. Patembayan bersifat sebagai suatu bentuk dalam pikiran belaka. Contohnya, ikatan antar pedagang, organisasi dalam suatu pabrik, dan lain-lain.

- 9) *Membership Group*  
Membership group merupakan macam kelompok sosial di mana setiap orang secara fisik menjadi anggota kelompok tersebut.
  - 10) *Reference Group*  
Reference group ialah kelompok-kelompok sosial yang menjadi acuan bagi seseorang (bukan anggota kelompok tersebut) untuk membentuk pribadi dan perilakunya.
  - 11) Kelompok Okupasional  
Kelompok okupasional adalah macam kelompok sosial yang muncul karena semakin mudarnya fungsi kekerabatan, di mana kelompok ini timbul karena anggotanya memiliki pekerjaan yang sejenis.
  - 12) Kelompok Volunter  
Kelompok volunter adalah orang yang mempunyai kepentingan yang sama, namun tidak mendapat perhatian dari masyarakat. Kelompok ini dapat memenuhi kepentingan-kepentingan anggotanya secara individual, tanpa mengganggu kepentingan masyarakat secara umum.
- b. Kelompok sosial tidak teratur
- 1) Kerumunan Sosial  
Kerumunan sosial atau *social aggregate* adalah sekumpulan orang yang berada di suatu tempat, akan tetapi diantara mereka tidak berhubungan secara tetap. Pengelompokan manusia seperti itu disebut juga kolektivitas, yaitu kumpulan manusia pada suatu tempat dan suatu waktu yang sifatnya sementara. Kerumunan sosial dibagi menjadi 7 bentuk, yaitu:
    - a) Kerumunan yang berartikulasi dengan struktur sosial
    - b) Kerumunan yang bersifat sementara (*Casual Crowd*)
    - c) Kerumunan yang berlawanan dengan norma hukum (*Lawless Crowds*)
    - d) Kerumunan pasif (*Passive Crowd*)
    - e) Demonstrasi
    - f) Kerumunan berdasarkan tempat tinggal (*Residential Aggregate*)
    - g) Kerumunan Fungsional (*Functional Aggregate*)

2) Publik

Publik merupakan macam kelompok sosial yang bukan merupakan kesatuan. Interaksi berlangsung melalui alat-alat komunikasi dan tidak langsung. Contohnya, pembicaraan pribadi yang berantai, desasdesus atau gosip, surat kabar, radio, televisi, film, dan sebagainya.

3) Massa

Massa diartikan sebagai keseluruhan dari kerumunan sosial. Ciri massa yang menonjol adalah suatu kumpulan orang yang heterogen sehingga identitasnya sulit diketahui. Keanekaragaman massa tampak dari diferensiasi status sosial, taraf hidup, pendidikan, keturunan, pekerjaan, dan agama.

Macam kelompok sosial yang lain adalah kelompok khusus. Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan. Termasuk diantaranya adalah:

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti;
  - a) Ibu hamil
  - b) Bayi baru lahir
  - c) Balita
  - d) Anak usia sekolah
  - e) Usia lanjut
- 2) Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, diantaranya adalah:
  - a) Penderita penyakit menular, seperti TBC, lepra, AIDS, penyakit kelamin lainnya.
  - b) Penderita dengan penyakit tak menular, seperti: penyakit diabetes mellitus, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dan lain
- 3) Kelompok yang mempunyai resiko terserang penyakit, diantaranya:
  - a) Wanita tuna susila
  - b) Kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba
  - c) Kelompok-kelompok pekerja tertentu, dan lain-lain.
- 4) Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, diantaranya adalah:
  - a) Panti wredha
  - b) Panti asuhan

- c) Pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental dan sosial)
- d) Penitipan balita

#### **D. MASALAH KESEHATAN AKIBAT PERILAKU KESEHATAN YANG BURUK**

Masalah kesehatan masyarakat sampai saat ini masih menjadi perhatian bagi pemerintah. Kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan masih rendah. Tingkat kesehatan masyarakat yang tidak merata dan sangat rendah khususnya terjadi pada masyarakat yang tinggal di pemukiman kumuh. Perilaku masyarakat yang masih tidak higienis ditambah lagi dengan tidak adanya sarana dan prasarana lingkungan yang mendukung berdampak pada kesehatan masyarakat yang tinggal di lingkungan tersebut. Banyak masalah kesehatan masyarakat yang mungkin akan timbul akibat perilaku masyarakat dan kondisi lingkungan yang tidak memperhatikan kesehatan.

Beberapa masalah kesehatan yang muncul akibat perilaku kesehatan masyarakat yang tidak baik diantaranya adalah (dirangkum dari berbagai sumber):

1. Telur Parasit Nematoda (Denai Wahyuni, Arniwita, 2017)
2. Demam Berdarah
3. Penyakit Metabolik (Robikhul Ikhsan, 2019)  
Meliputi jantung, stroke, diabetes, tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, kelebihan lemak tubuh, kadar kolesterol tidak normal.
4. Osteoporosis  
Selain kekurangan vitamin D yang menyebabkan kerapuhan tulang, osteoporosis lebih rentan terjadi pada orang yang mengalami kelumpuhan atau pada orang yang kurang bergerak aktif setiap hari. Sepanjang hari duduk menonton TV ataupun duduk bekerja di depan laptop dapat mempercepat penurunan kualitas kepadatan tulang. Dalam jangka panjang, kebiasaan merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol juga turut berperan dalam berkurangnya kepadatan tulang.
5. DM  
Selain faktor keturunan dan pertambahan usia, risiko diabetes juga dapat meningkat pada orang dengan kondisi tertentu, misalnya orang yang tidak bergerak aktif, kelebihan berat badan, atau terbiasa mengonsumsi

makanan kaya lemak dan karbohidrat. Pola hidup seperti ini memicu gangguan pada sistem pengaturan kadar gula darah dalam tubuh.

6. Kanker

Selain faktor keturunan dan penambahan usia, risiko diabetes juga dapat meningkat pada orang dengan kondisi tertentu, misalnya orang yang tidak bergerak aktif, kelebihan berat badan, atau terbiasa mengonsumsi makanan kaya lemak dan karbohidrat. Pola hidup seperti ini memicu gangguan pada sistem pengaturan kadar gula darah dalam tubuh.

7. Jantung

Di era sekarang, penyakit jantung juga banyak menyerang orang usia muda. Bukan tanpa alasan, penyebabnya paling sering karena kebiasaan merokok dan sulitnya mencegah makan *junk food*. Tak heran, jika banyak yang menderita penyakit jantung sejak muda yang sebenarnya dapat dicegah.

8. Gagal Ginjal

Penyakit ginjal juga dapat merenggut banyak nyawa orang. Pria paling kerap menderita penyakit ini. Pasien dengan gagal ginjal sudah tak kenal usia. Ini akibat dari kebiasaan sederhana yakni kurangnya minum air putih dan menahan kencing. Kalau sudah kena gagal ginjal, Anda harus melakukan cuci darah tanpa henti untuk menstabilkan kondisi.

9. Stroke

Lima besar penyakit yang mematikan penduduk Indonesia yakni stroke. Terjadinya penyakit ini karena gangguan pembuluh darah otak dan hipertensi. Laki-laki lebih banyak menderita stroke dibandingkan perempuan. Padahal penyakit mematikan ini dapat dicegah dengan aktivitas fisik, jaga pola makan seimbang dan tidak merokok.

10. Hipertensi

Kebanyakan makan garam dan tidak banyak bergerak jadi satu diantara pemicu penyakit hipertensi ini. Perubahan gaya hidup adalah langkah penting untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Baik jika Anda sudah didiagnosis hipertensi, masih prehipertensi, atau punya tekanan darah normal.

11. Obesitas

Kegemukan alias obesitas adalah penumpukkan lemak yang tidak normal atau berlebihan di dalam tubuh. Kondisi ini jika dibiarkan terus menerus

dapat memengaruhi kesehatan penderitanya. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada penampilan fisik penderitanya, tetapi juga meningkatkan risiko dalam kesehatan seperti penyakit jantung, diabetes, dan tekanan darah tinggi. Biasanya penyakit ini terjadi pada pasien yang gaya hidupnya buruk yaitu tidak pernah olahraga dan banyak makanan berlemak.

#### 12. Fatty Liver

Perlemakan hati non alkohol (NAFLD) adalah ketika lemak menumpuk di hati mencapai lebih dari 5-10 persen. Ini adalah penyakit yang umum diderita orang dengan kebiasaan minum alkohol. Namun, dalam kasus yang lebih berat, dapat menyebabkan peradangan dan melukai jaringan.

#### 13. Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit mental kronis yang menyebabkan gangguan proses berpikir. Orang dengan skizofrenia tidak bisa membedakan mana khayalan dan kenyataan. Penyakit ini juga menyebabkan pengidapnya tidak memiliki kemampuan untuk berpikir, mengingat, ataupun memahami masalah tertentu. Biasanya pasien dengan penyakit ini karena gaya hidup yang buruk yakni tidak menjaga kesehatan fisik dan mentalnya, sehingga gampang stres dan tidak ditangani dengan baik sehingga menjadi kronis.

#### 14. HIV dan AIDS

HIV dan AIDS merupakan hal yang berbeda tetapi saling berhubungan. Human Immunodeficiency Virus atau biasa disingkat HIV adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

HIV secara drastis dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh, sehingga memungkinkan penyakit, bakteri, virus, dan infeksi lainnya menyerang tubuh Anda. Akibatnya, tubuh jadi kesulitan melawan infeksi dan kanker terkait HIV tertentu. Penyakit ini biasanya menyerang pasien dengan gaya hidup suka bertukar-tukar pasangan. (Suara.com, 2019)

## **E. ANALISIS PERMASALAHAN PERILAKU KESEHATAN PADA KELOMPOK MASYARAKAT TERTENTU**

### **1. Metode Analisis Data Kuantitatif**

#### **a. Analisis Deskriptif**

Cara ini dilakukan untuk melihat performa data di masa lalu agar dapat mengambil kesimpulan dari hal tersebut. Metode ini mengedepankan deskripsi yang memungkinkan untuk belajar dari masa lalu. Biasanya, metode analisis jenis ini diaplikasikan pada data dengan volume yang sangat besar seperti data sensus misalnya. Analisis deskriptif memiliki dua proses yang berbeda di dalamnya berupa deskripsi dan interpretasi. Jenis metode ini biasa digunakan dalam menyajikan data statistik.

#### **b. Analisis Regresi**

Metode regresi adalah cara yang tepat untuk digunakan dalam membuat data prediksi dari tren masa depan. Metode ini dapat mengukur hubungan antara variabel dependen yang ingin diukur dengan variabel independen. Meskipun cara ini membatasi karena hanya dapat memuat satu variabel dependen, tetapi dapat memiliki variabel independen yang tidak terbatas. Metode ini baik dalam membantu melihat hal yang dapat dioptimasi dengan menyoroti tren dan hubungan antar data faktor.

#### **c. Analisis Faktor**

Analisis faktor merupakan teknik analisis yang berdasarkan dari data analisis regresi. Metode ini digunakan untuk menemukan struktur pokok dari kumpulan variabel-variabel. Metode ini berjalan dengan mencari faktor independen dari variabel yang dapat mendeskripsikan pola dan metode dari variabel dependen orisinal. Analisis faktor menjadi metode yang cukup populer untuk mengolah topik kompleks seperti skala psikologis dan status sosio-ekonomi.

### **2. Metode Analisis Data Kualitatif**

#### **a. Analisis Konten**

Metode ini menggunakan teknik seperti penggunaan kode warna tema dan ide tertentu untuk membantu mengurai data tekstual yang ada agar dapat menemukan rangkaian data yang paling umum.

b. Analisis Naratif

Jenis analisis satu ini berfokus pada cara bagaimana sebuah cerita dan ide dikomunikasikan ke seluruh bagian terkait. Metode ini juga membantu untuk dapat lebih memahami kultur dari sebuah organisasi.

c. Analisis Wacana

Sama seperti analisis naratif, analisis wacana juga digunakan untuk menganalisis interaksi dengan orang-orang.

3. Bentuk Analisis Permasalahan Pada Kelompok

a. Survei

Metode ini digunakan untuk memperoleh atau mengumpulkan data informasi tentang populasi yang besar. Metode survei digunakan untuk memecahkan masalah-masalah isu skala besar yang aktual dengan populasi sangat besar, sehingga diperlukan sampel ukuran besar. Ada 3 karakteristik pokok pada metode survei:

- 1) Data informasi dikumpulkan dari kelompok besar orang dengan tujuan mendeskripsikan berbagai aspek dan karakter seperti: pengetahuan, sikap, kepercayaan, kemampuan dari populasi,
- 2) Data informasi diperoleh dari pengajuan pertanyaan (tertulis dan bisa juga lisan) dari populasi,
- 3) Data informasi diperoleh dari sampel bukan dari populasi (rancangan survei) merupakan prosedur dimana peneliti melaksanakan survei atau memberikan angket atau skala pada satu sampel untuk mendeskripsikan sikap, opini, perilaku, atau karakteristik responden. Dari hasil survei ini, dibuat klaim tentang kecenderungan yang ada dalam populasi.

Metode survei adalah metode yang mengkaji populasi yang besar dengan menggunakan metode sampel yang memiliki tujuan untuk mengetahui perilaku, karakteristik, dan membuat deskripsi serta generalisasi yang ada dalam populasi tersebut. Menurut (M Singarimbun, 1995) tujuan survei yakni:

- 1) Mengumpulkan data sederhana
- 2) Menerangkan atau menjelaskan (mempelajari suatu fenomena)

Maksud dan tujuan dari metode survei (M Singarimbun, 1995) yakni:

- 1) Penjajakan (*Eksploratif*)
- 2) Deskriptif

- 3) Penjelasan (*Eksplanatory*)
- 4) Evaluasi
- 5) Prediksi
- 6) Penelitian Operasional
- 7) Pengembangan indikator sosial

Sedangkan menurut (Hartono, 2010) metode survei diklasifikasikan menjadi 2 tujuan, yakni:

- 1) Memberikan Gambaran (Survey Diskriptif)
- 2) Melakukan Analisis (Survey Analitik)

Metode Survei menurut (Ahmad Abu, 2008) dibedakan menjadi dua tipe, yaitu:

- 1) *Cross Sectional Survey*, digunakan untuk mengetahui isu yang bersifat temporer dengan pengumpulan data cukup satu kali.
- 2) *Longitudinal Survey*, digunakan untuk memahami isu yang berkepanjangan, tetapi populasi lebih kecil dengan pengumpulan data secara periodik. Survey ini juga sering dibedakan lagi menjadi *trend study*, *cohort study*, dan *panel study*.

Menurut (Noeng Muhadjir, 2001) ada dua macam jenis penelitian survei, yaitu:

- 1) Survei untuk memperoleh data dasar guna memperoleh gambaran umum yang bermanfaat untuk membuat perencanaan dan kebijakan publik (misalnya sensus).
- 2) Survei yang digunakan untuk mengungkapkan pendapat, sikap, dan harapan publik (misalnya: prediksi suara pemilihan presiden). Yang pertama mengungkap fakta, yang kedua mengungkap efek suka tak suka.

Sedangkan menurut (Irawan Soehartono, 2000) jenis-jenis survei, yaitu:

- 1) *Sample Survey*, survei yang dilakukan pada sebagian populasi (sampel)
- 2) *Sensus*, survei yang dilakukan pada seluruh anggota populasi.
- 3) *Public Opinion Poll*, survei yang mengajukan pertanyaan kepada responden tentang suatu topik pendapat umum, misalnya: sikap terhadap anak jalan.
- 4) *Cross sectional Survey*, survei yang membandingkan dua kelompok orang atau lebih untuk melihat perbedaan yang ada pada kelompok-kelompok tersebut.

- 5) *Survey Longitudinal*, survei yang akan melihat perubahan atau perkembangan yang terjadi dalam perjalanan waktu.
4. Contoh Analisis Permasalahan Perilaku Kesehatan Pada Kelompok Masyarakat Tertentu
    - a. Perilaku Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Lingkungan
    - b. Parameter yang diamati dalam pengelolaan lingkungan sehat meliputi penggunaan air bersih, struktur rumah sehat, keluarga dengan kepemilikan sarana sanitasi dasar dan tempat umum, pengelolaan makanan (Masayoe Shari Fitriany, Husnil Farouk, 2016)
    - c. Gambaran Kasus Demam Berdarah Dengue
    - d. Gambaran kasus DBD di Kota Blitar yang selalu tinggi setiap tahunnya dengan Incidence Rate (IR) tahun 2016 mencapai 189 per 100.000 penduduk. Jumantik cukup banyak tetapi angka bebas jentik (ABJ) masih 79% jauh dari indikator keberhasilan yaitu 95% (Endah Tri Suryani, 2018)

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Abu, S. W. (2008). *Psikologi Belajar*. Rineka Cipta.
- Azward. (2005). *Perilaku Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta.
- Denai Wahyuni, Arniwita, F. P. dan E. (2017). Telur Parasit Nematoda Usus Pada Pemukiman Kurang Sehat Di Kota Pekanbaru. *Kesehatan Komunitas, IV*.
- Endah Tri Suryani. (2018). Gambaran Kasus Demam Berdarah Di Kota Blitar. *Jurnal Berkala Epidemiologi, 6*.
- Hartono, J. (2010). *Metodologi Penelitian Bisnis*. BPF.
- Irawan Soehartono. (2000). *Metode Penelitian Sosial*. Remaja Rosdakarya.
- Khotimah Fitri Nur. (2019). *E-Modul Sosiologi Kelas XI, Kelompok Sosial*. Kemendikbud.
- M Singarimbun, S. effendi. (1995). *Metodologi Penelitian Survey*. LP3ES.
- Masayoe Shari Fitriany, Husnil Farouk, R. T. (2016). Perilaku Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Lingkungan. *Jurnal Penelitian Sains, 18*.
- Noeng Muhadjir. (2001). *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi IV*. Rake Sarasin.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2007). *Promosio Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan, teori Dan Aplikasi*. Rineka Cipta.
- Robikhul Ikhsan. (2019). *Penyakit Yang Timbul Akibat Gaya Hidup Tidak Sehat*. [ardjito.co.id/2019/02/15/penyakit-yang-timbul-akibat-gaya-hidup-tidak-sehat/](http://ardjito.co.id/2019/02/15/penyakit-yang-timbul-akibat-gaya-hidup-tidak-sehat/)

Sarwono. (2004). *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Gajah Mada University Press.

Suara.com. (2019). *10 Penyakit Akibat Gaya Hidup Buruk Peduli Dari Sekarang*. [suara.com/health/2019/07/15/120733/10-penyakit-akibat-gaya-hidup-buruk-yuk-peduli-kesehatan-dari-sekarang](https://suara.com/health/2019/07/15/120733/10-penyakit-akibat-gaya-hidup-buruk-yuk-peduli-kesehatan-dari-sekarang)

## PROFIL PENULIS



### **Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes**

Penulis lahir di Sukoharjo, 20 Maret 1978. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2006 dan pendidikan profesi ners di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2007. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Ilmu Kesehatan di Universitas Sebelas Maret pada tahun 2011. Saat ini aktif sebagai Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi, Politeknik Insan Husada Surakarta.



## **BAB 1 SEJARAH DAN KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN**

I Made Indra P.,AMK., SKM., MPH,QRGP,CPHCM (STMA Trisakti)

## **BAB 2 PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN (FIVE LEVEL OF PREVENTION)**

Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes. (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 3 STRATEGI – STRATEGI PROMOSI KESEHATAN**

Siti Nur Solikah, S. Kep.Ns.M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 4 DEFINISI PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU**

Tatik Trisnowati, S.Kep,Ns,M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 5 DETERMINAN PERILAKU MENURUT PRECEDE – PROCEED MODEL (LAWRENCE GREEN)**

Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes (Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan)

## **BAB 6 DETERMINAN PERILAKU MENURUT THEORY OF REASONED ACTION DAN PLANNED BEHAVIOR**

Aprilia Nuryanti, S.Kep, Ns., M.Kep. (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 7 HEALTH LITERACY SEBAGAI HASIL PROMOSI KESEHATAN**

Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 8 PENDIDIKAN KESEHATAN SEBAGAI UPAYA PROMOSI KESEHATAN**

Ns. Ratna Kusuma Astuti, M.Kep (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 9 KELEBIHAN DAN KEKURANGAN BERBAGAI METODE PENDIDIKAN KESEHATAN**

Sunaryo Joko Waluyo, S.Kp., Ns., M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

## **BAB 10 ANALISIS PERMASALAHAN PERILAKU KESEHATAN PADA KELOMPOK MASYARAKAT TERTENTU**

Rahayu Setyaningsih, S.Kep, Ns., M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)



CV. Tahta Media Group  
Surakarta, Jawa Tengah  
Web : [www.tahtamedia.com](http://www.tahtamedia.com)  
Ig : tahtamedia group  
Telp/WA : +62 813 5346 4169

