

PROMOSI KESEHATAN



**MUSDALIFAH SYAMSUL, MUHAMAD ABAS, SOLEHUDIN, MUSLIHA
MUSTARY, URHUHE DENA, SIBURIAN, SULISTYANI PRABU AJI,
KHOLIS, ERNAWATI, WIWIEK MULYANI, DIRHAN, LOVERIA,
SEKARRINI, SUSILO WIRAWAN, RITA ARUAN**

PROMOSI KESEHATAN

**MUSDALIFAH SYAMSUL
MUHAMAD ABAS
SOLEHUDIN
MUSLIHA MUSTARY
URHUHE DENA SIBURIAN
SULISTYANI PRABU AJI
KHOLIS ERNAWATI
WIWIEK MULYANI
DIRHAN
LOVERIA SEKARRINI
SUSILO WIRAWAN
RITA ARUAN**



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PROMOSI KESEHATAN

Penulis :

Musdalifah Syamsul
Muhamad Abas
Solehudin
Musliha Mustary
Urhuhe Dena Siburian
Sulistiyani Prabu Aji
Kholis Ernawati
Wiwiek Mulyani
Dirhan
Loveria Sekarrini
Susilo Wirawan
Rita Aruan

ISBN : 978-623-5383-14-9

Editor : Mila Sari, S.ST, M.Si

Penyunting: Rantika Maida Sahara, S.Tr. Kes

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

Penerbit : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id

Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2022

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat dan karuniaNya kami dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul “Promosi Kesehatan”. buku ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan panduan bagi pembaca.

Penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, akan tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan buku ini di masa yang akan datang.

Penulis, Mei 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB 1_KONSEP DAN PRINSIP PROMOSI KESEHATAN.....	1
1.1 Sejarah Singkat Promosi Kesehatan.....	1
1.2 Pengertian Promosi Kesehatan.....	3
1.3 Tujuan Promosi Kesehatan.....	6
1.4 Sasaran Promosi Kesehatan.....	8
1.5 Strategi Promosi Kesehatan.....	9
1.6 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	10
1.7 Konsep Promosi Kesehatan.....	12
1.8 Prinsip Promosi Kesehatan.....	13
BAB 2_KONSEP DAN PRINSIP PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	20
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	20
2.1.1. Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	20
2.1.2. Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	21
2.1.3. Strategi Pendidikan Kesehatan.....	22
2.1.4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan.....	23
2.1.4. Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	26
2.2. Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan.....	27
2.2.1. Peran Pendidikan Kesehatan.....	27
2.2.2. Metode Pendidikan Kesehatan.....	29
2.2.3. Alat Bantu/Peraga/Media Pendidikan Kesehatan.....	32
BAB 3 ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI KESEHATAN.....	35
3.1 Antropologi Kesehatan.....	35
3.1.1 Teori Antropologi.....	35
3.1.2 Konsep Antropologi Kesehatan.....	37
3.1.3 Perkembangan Antropologi Kesehatan.....	40
3.1.5 Ruang Lingkup Antropologi Kesehatan.....	42
3.1.6 Peranan Antropologi Kesehatan.....	49
3.1.7 Manfaat Antropologi Kesehatan.....	50
3.2 Sosiologi Kesehatan.....	51
3.2.1 Pengertian Sosiologi.....	51
3.2.2 Sejarah Sosiologi.....	52
3.2.3 Konsep Sosiologi Kesehatan.....	53
3.2.4 Pengertian Sosiologi Kesehatan.....	55
3.2.7 Teori-Teori Sosiologi Kesehatan.....	57

3.2.8 Lingkup Sosiologi Kesehatan.....	58
3.2.9 Manfaat Sosiologi Kesehatan.....	61
3.2.10 Kesehatan Dan Penyakit Dari Sudut Pandang Sosial	61
BAB 4 PSIKOLOGI DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN	68
Oleh Musliha Mustary	68
4.1 Pendahuluan.....	68
4.2. Defenisi Psikologi Pendidikan Kesehatan.....	69
4.2.1 Pengertian Psikologi kaitannya dengan Kesehatan.....	70
4.3 Sejarah Psikologi Kesehatan.....	72
4.4 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan	73
4.5 Pendekatan Psikologi dalam Pendidikan Kesehatan.....	75
BAB 5 KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN.....	79
5.1 Perilaku.....	79
5.1.1 Pengertian Perilaku.....	79
5.1.2 Bentuk Perilaku	81
5.1.2 Prosedur Pembentukan Perilaku	81
5.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seseorang.....	83
5.2 Perilaku Kesehatan.....	83
5.2.1 Domain Perilaku Kesehatan.....	84
5.2.3 Bentuk-bentuk Perilaku Kesehatan	86
5.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan.....	87
BAB 6 PROSES BELAJAR DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN	
MASYARAKAT	90
6.1 Pendahuluan.....	90
6.2 Etika Menulis.....	91
6.2.1 Efektif.....	92
6.2.2 Efesien.....	92
6.3 Proses Belajar	93
6.3.1 Pengertian Belajar	93
6.3.2 Definisi Belajar.....	93
6.2.3 Proses Belajar	94
6.2.4 Teori Belajar	95
6.2.5 Prinsip Belajar.....	96
6.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	97
6.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	98
6.4.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	100
6.4.4 Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan.....	101
Bab 7 PEMBUATAN PERENCANAAN PENYULUHAN KESEHATAN.....	105
7.1 Pendahuluan.....	105
7.2 Ukuran Perencanaan Program Yang Baik	107

7.3 Penutup.....	114
BAB 8. METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN	118
8.1 Metode Promosi kesehatan	118
8.2 MEDIA PROMOSI KESEHATAN.....	108
8.3Alat Bantu Promosi Kesehatan	113
BAB 9_ PENDEKATAN EDUKATIF DALAM PENINGKATAN	
DERAJAT KESEHATAN	116
9.1 Pendahuluan.....	116
9.2.1 Advocacy (advokasi),.....	118
9.2.2 Social Support (dukungan sosial)	119
9.2.3 Empowerment (Pemberdayaan masyarakat	120
9.2 Derajat kesehatan.....	121
9.3.1 Lingkungan (Environment)	121
9.3.2 Perilaku	122
9.3.3 Pelayanan kesehatan.....	124
9.3.4 Keturunan (Hereditiy)	126
BAB 10.PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI SETTING	129
10.1 Pendahuluan.....	129
10.2 Setting Promosi Kesehatan Pada Komunitas.....	130
10.3 Setting Promosi Kesehatan Pada Tempat Kerja	131
10.4 Setting Promosi Kesehatan Pada Institusi Pendidikan.....	133
10.5 Setting Promosi Kesehatan Pada Situasi Bencana Situasi	138
BAB 11_KONSEP PEMBERDAYAAN.....	142
11.1 Latar Belakang.....	142
11.2 Batasan Pemberdayaan Masyarakat.....	145
11.3 Prinsip Pemberdayaan.....	148
11.4 Ciri Pemberdayaan Masyarakat.....	150
11.4.1 Tokoh Masyarakat (Community Leaders).....	150
11.4.2 Organisasi Masyarakat (Community Organisation)	151
11.4.3 Pendanaan Masyarakat (Community Fund)	151
11.4.4 Material Masyarakat (Community Material)	153
11.4.5 Pengetahuan Masyarakat (Community Knowledge).....	154
11.4.6 Teknologi Masyarakat (Community Technology)	154
11.5 Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat.....	155
11.5.1 Input.....	155
11.5.2 Proses.....	155
11.5.3 Output	156
11.5.4 Outcome.....	156
BAB 12 KOMUNIKASI	158
12.1 Pengertian Komunikasi	158

12.1.1. Unsur-unsur Komunikator	159
12.2. Prinsip-prinsip Komunikasi.....	162
12.3. Proses Komunikasi	166

BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Hubungan Status Kesehatan Perilaku dan Pendidikan Kesehatan.....	28
Gambar 2 : Kerucut Edgar Dale.....	32
Gambar 3. Mekanisme keterkaitan kesehatan, produktifitas dan profit	133
Gambar 4. Siklus Koordinasi Program Kesehatan Sekolah.....	137
Gambar 5. Proses Pemberdayaan	155

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbedaan efektif dan efisien	93
Tabel 2. Perbedaan pendekatan <i>Top-down</i> dan <i>botom-up</i>	144

BAB 1

KONSEP DAN PRINSIP PROMOSI KESEHATAN

Oleh Musdalifah Syamsul

1.1 Sejarah Singkat Promosi Kesehatan

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

Istilah Health Promotion (Promosi Kesehatan) sudah mulai dicetuskan 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. Istilah tersebut pada waktu itu di Indonesia belum terlalu populer seperti sekarang. Pada masa itu, istilah yang cukup terkenal hanyalah Penyuluhan Kesehatan, selain itu muncul pula istilah populer lain seperti KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), Social Marketing (Pemasaran Sosial) dan Mobilisasi Sosial.

Perkembangan promosi kesehatan di Indonesia adalah:

- 1) Sebelum Tahun 1965. Saat itu istilahnya adalah Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, pendidikan kesehatan hanya sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dan sebagainya. Sasarannya

- perseorangan (individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.
- 2) Periode Tahun 1965-1975. Periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program Health Educational Service (HES). Tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.
 - 3) Periode Tahun 1975-1985. Istilah HES mulai berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. PKMD menjadi andalan program sebagai pendekatan Community Development. Saat itu mulai diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di SD. Departemen Kesehatan sudah mulai aktif membina dan memberdayakan masyarakat. Saat itulah Posyandu lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat. Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada era tahun 80-an menekankan pada pemberian informasi kesehatan melalui media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat dengan harapan masyarakat mau melakukan perilaku hidup sehat. Namun kenyataannya, perubahan tersebut sangat lamban sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil.
 - 4) Periode Tahun 1985-1995. Dibentuklah Direktoral Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktoral PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku. Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh 'Ottawa Charter' tentang Promosi Kesehatan.
 - 5) Periode Tahun 1995-Sekarang Istilah PKM menjadi Promosi Kesehatan. Bukan saja pemberdayaan kearah

mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi). Sehingga sasaran Promosi Kesehatan tidak hanya perubahan perilaku tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau faktor lingkungan kesehatan. Pada Tahun 1997 diadakan konvensi Internasional Promosi Kesehatan dengan tema "Health Promotion Towards The 21'st Century, Indonesian Policy for The Future" dengan melahirkan "The Jakarta Declaration". Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa Promosi Kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

1.2 Pengertian Promosi Kesehatan

Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Sehingga tujuan dari Promosi Kesehatan itu sendiri adalah memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Dengan demikian penggunaan istilah Promosi Kesehatan di Indonesia tersebut dipicu oleh perkembangan dunia Internasional. Nama unit Health Education di WHO baik di Hoodquarter, Geneva maupun di SEARO India, juga sudah berubah menjadi unit Health Promotion. Nama organisasi profesi Internasional juga mengalami perubahan menjadi International Union For Health Promotion and Education (IUHPE).

Istilah Promosi Kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia sendiri yang mengacu pada paradigma sehat. Salah satu tonggak promosi kesehatan ialah Deklarasi Jakarta, yang lahir dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke IV. Deklarasi Jakarta merumuskan bahwa :

- a. Promosi kesehatan adalah investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan, dan juga memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat.
- b. Promosi kesehatan memberikan hasil positif yang berbeda dibandingkan upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan bagi masyarakat dalam kesehatan.
- c. Promosi kesehatan perlu disosialisasikan dan harus menjadi tanggung jawab lintas sektor. Deklarasi juga merumuskan prioritas-prioritas promosi kesehatan di abad 21 yaitu: meningkatkan tanggung jawab dalam kesehatan, meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan, meningkatkan kemampuan masyarakat dan pemberdayaan individu serta menjamin infrastruktur promosi kesehatan.

Definisi dari depkes 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 RI no 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 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.

Pengertian promosi kesehatan lain yang dikenal secara luas, yaitu upaya promotif atau promosi dalam konsep pemasaran. 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 promkes seperti ini ditemukan dalam definisi Kesehatan Masyarakat dari Winslow, sebagai butir pertama dari 5 tingkat pencegahan (Leavell and Clarck, 1957) atau fungsi pertama kedokteran (Sigerist, 1945). "Health promotion" dalam pengertian ini sejak lama di "Indonesia" kan oleh kalangan akademisi menjadi "peningkatan derajat kesehatan" atau dilingkungan praktisi kesehatan dikenal sebagai "upaya promotif", bukan sebagai "promosi kesehatan".

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 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 4P 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 (Green, 1996, Green, 2000; Naidoo and Wills, 2000: 84), tidak memaksa (French di dalam Naidoo and Wills, 2000:84)

1.3 Tujuan Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan beberapa pandangan pengertian tersebut diatas, maka tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri (Trisutrisno, dkk, 2022)

1. Mau (willingness) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit,
4. melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
5. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

Tujuan dari promosi kesehatan dapat dilihat dari beberapa hal, yaitu:

1. Tujuan Promosi Kesehatan menurut WHO

Tujuan umum Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan, dan tujuan khususnya menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat, menolong individu

agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, dan mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2. Tujuan Operasional

Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien & efektif, agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya, agar orang melakukan langkah2 positif dlm mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit, dan agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal.

Sedangkan menurut Green, tujuan promosi kesehatan terdiri dari 4 tingkatan tujuan, yaitu:

1. Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
2. Tujuan pendidikan merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
3. Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.
4. Tujuan intervensi perilaku dalam promosi kesehatan yakni mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan misalnya mengurangi kebiasaan merokok, mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan misalnya mencegah meningkatnya perilaku 'seks bebas', meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan misalnya mendorong kebiasaan olah raga, dan mencegah menurunnya perilaku positif bagi

kesehatan misalnya mencegah menurunnya perilaku makan kaya serat.

1.4 Sasaran Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan dikenal memiliki 3 jenis sasaran yaitu sasaran primer, sekunder dan tersier.

a) Sasaran primer

Sasaran primer kesehatan adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Masyarakat diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma sosial serta 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 formal dalam 10 mempraktikkan PHBS. Suasana lingkungan sosial yang kondusif (social pressure) dari 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 perundangundangan di bidang kesehatan dan 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 memberlakukan kebijakan/peraturan perundangundangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat, dan 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.

1.5 Strategi Promosi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo perlu dilaksanakan strategi promosi kesehatan paripurna yang terdiri dari pemberdayaan, bina suasana, advokasi dan kemitraan.

a) Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah pemberian informasi dan pendampingan dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, guna membantu individu, keluarga atau kelompok-kelompok masyarakat menjalani tahap-tahap tahu, mau dan mampu mempraktikkan PHBS. Dalam upaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang sangat penting dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek attitude) dan dari mau menjadi

mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek practice).

b) Bina suasana

Bina suasana adalah pembentukan suasana lingkungan sosial yang kondusif dan mendorong dipraktikkannya PHBS serta penciptaan panutanpanutan dalam mengadopsi PHBS dan melestarikannya (Notoatmodjo, 2005).

c) Advokasi

Advokasi adalah pendekatan dan motivasi terhadap pihak-pihak tertentu yang diperhitungkan dapat mendukung keberhasilan pembinaan PHBS baik dari segi materi maupun non materi (Notoatmodjo, 2005).

1.6 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan konferensi International Promosi Kesehatan di Ottawa Canada (1986) yang menghasilkan piagam Ottawa, promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area berikut:

- a) Kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan (Health Public Policy) kegiatan ditujukan pada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Hal ini berarti setiap kebijakan pembangunan dalam bidang apapun harus mempertimbangkan dampak kesehatan bagi masyarakat.
- b) Mengembangkan jaringan kemitraan dan lingkungan yang mendukung (create partnership and supportive environmental). Kegiatan ini bertujuan mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung terhadap kesehatan. Kegiatan ini ditujukan kepada pemimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum dan diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan non-fisik yang mendukung atau kondusif terhadap kesehatan masyarakat.
- c) Reorientasi pelayanan kesehatan (reorient health service) adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi dan

penerima pelayanan orientasi pelayanan diarahkan dengan menempatkan masyarakat sebagai subjek yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas kesehatannya sendiri. Hal tersebut berarti pelayanan lebih diarahkan kepada pemberdayaan masyarakat.

- d) Meningkatkan keterampilan individu (increase individual skills). Kesehatan masyarakat adalah kesehatan yang terdiri atas kelompok, keluarga, dan individu. Kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, keluarga, dan individu terwujud. Oleh sebab itu, peningkatan keterampilan anggota masyarakat atau individu sangat penting untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat memelihara serta meningkatkan kualitas kesehatannya.
- e) Memperkuat kegiatan masyarakat (strengthen community action), derajat kesehatan masyarakat akan terwujud secara efektif jika unsur-unsur yang terdapat di masyarakat tersebut bergerak sama-sama. Memperkuat kegiatan masyarakat berarti memberikan bantuan terhadap kegiatan yang sudah berjalan di masyarakat sehingga lebih dapat berkembang. Disamping itu, tindakan ini memberi kesempatan masyarakat untuk berimprovisasi, yaitu melakukan kegiatan dan berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Pendekatan yang menyeluruh dalam pembangunan kesehatan dengan menggunakan lima ruang lingkup tersebut jauh lebih efektif dibanding dengan menggunakan pendekatan tunggal. Pendekatan melalui tatanan memudahkan implementasi penyelenggaraan promosi kesehatan. Peran serta masyarakat sangat penting untuk melestarikan berbagai upaya. Masyarakat harus menjadi subjek dalam promosi kesehatan dan pengambilan keputusan. Akses pendidikan dan informasi sangat penting untuk mendapatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2009).

1.7 Konsep Promosi Kesehatan

Secara singkat konsep dan terminologi yang relevan dalam promosi kesehatan

a. Faktor risiko, penyakit kronis, dan pemberdayaan

Perilaku kesehatan spesifik berhubungan langsung dengan penyakit kronis. Perilaku kesehatan ini disebut faktor risiko yang terbagi menjadi faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi yaitu factor yang dapat diubah oleh seseorang melalui tindakannya sendiri seperti kebiasaan makan dan aktivitas fisik. Sedangkan faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah factor yang tidak dapat diubah oleh individu, seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga.

Promosi kesehatan sangat berperan penting dalam factor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu individu memiliki kemampuan untuk berubah setelah diberikan pendidikan, motivasi, dan lingkungan yang mendukung untuk berubah. Promosi kesehatan ini dapat memberdayakan masyarakat untuk memperbaiki status kesehatan mereka sendiri dan memiliki control lebih terhadap kesejahteraan mereka. Pemberdayaan masyarakat bisa menjadi strategi jangka panjang untuk membuat perubahan permanen yang merupakan kunci dalam promosi kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan perilaku kecil pada status berat badan seseorang atau pola aktivitas fisik dapat memperbaiki hasil kesehatan.

b. Pencegahan primer, sekunder, tersier

Komponen penting dalam mengelola kesehatan masyarakat yaitu pencegahan kesehatan. Individu dapat terlibat secara aktif dalam mempromosikan kesehatan mereka sendiri melalui aktivitas fisik reguler atau mengelola stress, tetapi mereka juga diberi tahu tentang kegiatan pencegahan kesehatan yang terbagi atas tiga tingkatan: primer, sekunder, dan tersier.

Pencegahan primer menekankan pada kegiatan untuk mencegah keadaan sakit, cedera, atau suatu penyakit. Strategi dilakukan dengan melihat status pendidikan atau kunjungan medis. Misalnya, anak sekolah dasar diberikan edukasi terkait pencegahan

merokok, atau di tingkat perguruan tinggi diberikan program pendidikan mengenai risiko minum alcohol. Kegiatan pencegahan primer mencakup imunisasi terjadwal atau pemeriksaan deteksi dini kanker.

Pencegahan sekunder menekankan pada identifikasi penyakit pada tahap awal dan mengobati kondisi sejak dini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketika penyakit terdeteksi dini, memberikan hasil pengobatan yang baik. System perawatan kesehatan yang kadang disebut kuratif karena focus pada mendeteksi dan mengobati penyakit. Misalnya pencegahan sekunder paling banyak dilakukan Negara Amerika Serikat dengan jumlah pasien dengan kondisi kronis yaitu tekanan darah tinggi atau kolesterol akan diberi resep obat yang membantu menurunkan tekanan darah atau kadar kolesterol. Dalam mengelola kondisi kronis dengan menggunakan resep obat merupakan ciri khas system perawatan kesehatan yang menggambarkan kemajuan dalam pengobatan kondisi kronis.

Pencegahan tersier bergantung kepada system perawatan kesehatan dan intervensi medis khusus untuk membatasi akibat yang lebih parah terkait dengan penyakit kronis. Pencegahan tersier bertujuan untuk memperlambat perkembangan kondisi kronis. Contoh pencegahan tersier yaitu rehabilitasi seperti terapi fisik. Jenis perawatan ini biasanya dianggap sebagai perawatan yang paling mahal dan dapat meningkatkan biaya perawatan kesehatan.

1.8 Prinsip Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan penting untuk menujung program kesehatan lainnya. Hasil promosi kesehatan tidak dapat segera dirasakan namun dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Promosi kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat dalam waktu singkat, namun perubahan pengetahuan saja belum berpengaruh terhadap indicator kesehatan. Pengetahuan kesehatan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka menengah (intermediate impact) dari promosi kesehatan. Perilaku kesehatan akan berpengaruh meningkatnya

indicator kesehatan sebagai keluaran dari promosi kesehatan. Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil besar terhadap status kesehatan selain perilaku pelayanan kesehatan dan keturunan.

Lawrence Green mengatakan bahwa perilaku kesehatan dilatarbelakangi tiga faktor pokok yaitu factor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan nilai. Factor pendukung meliputi ketersediaan sumber, dan factor yang memperkuat yakni sikap dan perilaku, sehingga promosi kesehatan merupakan upaya intervensi perilaku harus diarahkan menuju tiga factor tersebut (Faa dan Nurfadillah, 2018)

Promosi kesehatan mempunyai prinsip-prinsip yang berguna sebagai dasar dari pelaksanaan program promosi kesehatan. Prinsip-prinsip tersebut meliputi:

1. Promosi Kesehatan (Health Promotion), yang diberi definisi : Proses pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya (the process of enabling people to control over and improve their health), lebih luas dari pendidikan atau Penyuluhan Kesehatan. Promosi Kesehatan meliputi Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan, dan di pihak lain Penyuluh/Pendidikan Kesehatan merupakan bagian penting (core) dari Promosi Kesehatan.
2. Promosi Kesehatan adalah upaya perubahan/perbaikan perilaku di bidang kesehatan disertai dengan upaya mempengaruhi lingkungan atau hal-hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan.
3. Promosi Kesehatan juga berarti upaya yang bersifat promotif (peningkatan) sebagai perpaduan dari upaya preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) dalam rangkaian upaya kesehatan yang komprehensif.
4. Promosi kesehatan, selain tetap menekankan pentingnya pendekatan edukatif yang selanjutnya disebut gerakan pemberdayaan masyarakat, juga perlu dibarengi dengan upaya advokasi dan bina suasana (social support).

5. Promosi kesehatan berpatokan pada PHBS yang dikembangkan dalam 5 tatanan yaitu di rumah/tempat tinggal (where we live), di sekolah (where we learn), di tempat kerja (where we work), di tempat-tempat umum (where we play and do everything) dan di sarana kesehatan (where we get health services).
6. Pada promosi kesehatan, peran kemitraan lebih ditekankan lagi, yang dilandasi oleh kesamaan (equity), keterbukaan (transparency) dan saling memberi manfaat (mutual benefit). Kemitraan ini dikembangkan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat, juga secara lintas program dan lintas sektor.
7. Promosi Kesehatan sebenarnya juga lebih menekankan pada proses atau upaya, dengan tanpa mengecilkkan arti hasil apalagi dampak kegiatan. Jadi sebenarnya sangat susah untuk mengukur hasil kegiatan, yaitu perubahan atau peningkatan perilaku individu dan masyarakat. Yang lebih sesuai untuk diukur: adalah mutu dan frekuensi kegiatan seperti: advokasi, bina suasana, gerakan sehat masyarakat, dan lain-lain.

Promosi kesehatan juga mempunyai prinsip yang lebih spesifik dalam tiap ruang lingkup promosi kesehatan seperti promosi kesehatan di keluarga, fasilitas layanan kesehatan, tempat kerja, sekolah, dan tempat umum.

a. Prinsip Promosi Kesehatan di Keluarga

Dalam lingkup ini penerapan yang perlu diperhatikan antara lain:

- 1) Keluarga merupakan lingkup terkecil dalam suatu kelompok masyarakat, sehingga promosi kesehatan yang dilakukan harus bias lebih spesifik juga. Pendidikan kesehatan yang diberikan pun diharapkan akan lebih efektif karena fokus pada satu keluarga sebagai satu sasaran.
- 2) Keluarga terdiri atas beberapa orang yang sudah terikat hubungan satu sama lain, yaitu ayah, ibu, dan anak. Sehingga apabila promosi kesehatan yang dilakukan sudah baik akan sangat berpengaruh pada perubahan perilaku pada masing-masing anggota keluarga tersebut,

dan nantinya perilaku itu akan terbawa ke lingkungan diluarnya.

- 3) Setiap keluarga tentu memiliki nilai dan aturan tersendiri dalam lingkungannya, yang masing-masing anggota keluarga sudah anut sejak lama, biasanya berupa kebiasaan-kebiasaan tertentu. Dalam hal ini maka pemberi promosi kesehatan harus mampu menyesuaikan diri dengan aturan tersebut agar keluarga tersebut bisa lebih terbuka dalam menerima segala bentuk promosi yang dilakukan.

b. Prinsip Promosi Kesehatan di Fasilitas Layanan Kesehatan

Promosi kesehatan di fasilitas layanan kesehatan mempunyai prinsip-prinsip dasar yaitu:

1. Ditujukan untuk individu yang memerlukan pengobatan dan atau perawatan, pengunjung, keluarga pasien.
2. Memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga atas masalah kesehatan yang diderita pasien.
3. memberdayakan pasien dan keluarga dalam kesehatan,
4. menerapkan “proses belajar” di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Prinsip Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Promosi kesehatan di tempat kerja dikembangkan dengan melibatkan kerja sama dengan berbagai sektor yang terkait, dan melibatkan beberapa kelompok organisasi masyarakat yang ada sehingga lebih mantap serta berkesinambungan. Dalam ruang lingkup tempat kerja, promosi kesehatan juga mempunyai prinsip-prinsip yaitu

1. Komprehensif. Promosi kesehatan di tempat kerja merupakan kegiatan yang melibatkan beberapa disiplin ilmu guna memaksimalkan tujuan yang ingin dicapai yaitu berkembangnya tempat kerja yang sehat, aman dan nyaman sehingga dengan lingkungan kerja yang mendukung tersebut diharapkan terjadi perubahan

perilaku individu dan kelompok kearah yang positif sehingga dapat menjaga lingkungan agar tetap sehat.

2. Partisipasi Para peserta atau sasaran promosi kesehatan hendaknya terlibat secara aktif mengidentifikasi masalah kesehatan yang dibutuhkan untuk pemecahannya dan meningkatkan kondisi lingkungan kerja yang sehat. Partisipasi para pengambil keputusan di tempat kerja merupakan hal yang sangat mendukung bagi para pekerja untuk lebih percaya diri dalam meningkatkan kemampuan mereka dalam merubah gaya hidup dan mengembangkan kemampuan pencegahan dan peningkatan terhadap penyakit.
3. Keterlibatan berbagai sektor terkait. Kesehatan yang baik adalah hasil dari berbagai faktor yang mendukung. Berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan pekerja hendaknya harus melalui pendekatan yang integrasi yang mana penekanannya pada berbagai faktor tersebut bila memungkinkan.
4. Kelompok organisasi masyarakat Program pencegahan dan peningkatan kesehatan hendaknya melibatkan semua anggota pekerja, termasuk kelomok organisasi wanita dan laki-laki yang ada, termasuk juga tenaga honorer dan tenaga kontrak. Kebutuhan melibatkan dengan berbagai organisasi masyarakat yang mempunyai pengalaman atau tenaga ahli dalam membantu mengembangkan Promosi kesehatan Di Tempat kerja hendaknya di perhitungkan dalam mengembangkan program sebelumnya
5. Berkesinambungan atau Berkelanjutan Promosi kesehatan di tempat kerja yang berhubungan erat dengan kesehatan dan keselamatan kerja mempunyai arti penting pada lingkungan tempat kerja dan aktivitas manajemen sehari-hari. Program promosi kesehatan dan pencegahan hendaknya terus menerus dilakukan dan tujuannya jangka panjang. Apabila pelaksanaan promosi kesehatan di tempat kerja ingin lebih mantap, program hendaknya sesuai dan responsif terhadap kebutuhan pekerja dan masalah yang berhubungan dengan kondisi lingkungan kerja.

d. Prinsip Promosi Kesehatan di Sekolah

Prinsip promosi kesehatan dalam ruang lingkup sekolah juga memiliki prinsip, yaitu

- 1) Melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan masalah kesehatan sekolah yaitu peserta didik, orangtua dan para tokoh masyarakat maupun organisasi-organisasi di masyarakat
- 2) Memberikan pendidikan kesehatan sekolah dengan kurikulum yang mampu meningkatkan sikap dan perilaku peserta didik yang positif terhadap kesehatan serta dapat mengembangkan berbagai ketrampilan hidup yang mendukung kesehatan fisik, mental dan social serta memperhatikan pentingnya pendidikan dan pelatihan untuk guru maupun orangtua
- 3) Mengupayakan agar sekolah mempunyai akses untuk di laksanakan pelayanan kesehatan di sekolah, yaitu : penjangkaran, diagnosa dini, imunisasi serta pengobatan sederhana, kerjasama dengan Puskesmas setempat, dan adanya program-program makanan bergizi dengan memperhatikan “keamanan” makanan

e. Prinsip Promosi Kesehatan di Tempat Umum

Sebagai lingkup yang sangat luas dan tidak tentu maka hal yang perlu diperhatikan dalam penerapannya antara lain tempat umum merupakan sarana yang dilalui oleh banyak orang, sehingga dapat dikatakan bahwa sasaran dari tindakan promosi kesehatan ini juga tidak tetap. Misalnya di tempat-tempat umum seperti halte, stasiun, dan lain-lain maka penerapan yang paling efektif adalah dengan memanfaatkan media berupa poster, spanduk, dan lain-lain. Dengan ini maka orang-orang yang saat itu berada di tempat itu akan membaca dan mencoba memahami apa isi pesan yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Suharto, A. P. P. (2022). *Promosi Kesehatan Suatu Pendekatan Praktis*. Media Sains Indonesia.
- Agustini, A. (2014). *Promosi kesehatan*. Deepublish.
- Devhy, N. L. P., Dewi, P. D. P. K., Rismayanti, I. D. A., Ferni, E. N., Nababan, S., Rangga, Y. P. P., ... & Baba, W. N. (2021). *Pendidikan Dan Promosi Kesehatan*. Media Sains Indonesia.
- Hulu, V. T., Pane, H. W., Tasnim, T., Zuhriyatun, F., Munthe, S. A., Hadi, S., ... & Mustar, M. (2020). *Promosi kesehatan masyarakat*. Yayasan Kita Menulis
- Nurmala, I., & KM, S. (2020). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, T., Ramdany, R., Manurung, E. I., ... & Maisyarah, M. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Saadah, N., Kp, S., Winarti, E., ST, S., Fajar, N. A., Siti Muthoharoh, S. K. M., ... & Arifin, S. (2022). *Promosi Kesehatan*. Media Sains Indonesia.
- Susilowati, D., & Susilowati, D. (2016). *Promosi kesehatan*.
- Trisutrisno, I., Hasnidar, H., Lusiana, S. A., Simanjuntak, R. R., Hadi, S., Sianturi, E., ... & Sofyan, O. (2022). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.

BAB 2

KONSEP DAN PRINSIP PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Muhamad Abas

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO dalam Depkes (2006), mendefinisikan pendidikan kesehatan adalah proses pemberdayaan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka..

Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Hasil (*output*) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2007 dalam Jurnal Fatimah *et al.*, 2016).

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dianmis, dimana perubahan tersebut bukan sekadar proses transfer materi atau teori dar seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadi akibat adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, dan masyarakat itu sendiri (Wahit dkk, 2006 dalam Mubarak & Chayatin, 2009). Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan didalam bidang kesehatan (Sumijatun, dkk, 2006). Menurut Committee President on Health Education(1997), yang dikutip Soekidjo Notoadmojo, pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan (Mubarak & Chayatin, 2009).

2.1.2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 bahwa tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial, pendidikan kesehatan di semua program kesehatan; baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya (Wahid Iqbal M & Nurul Chayatin, 2009 dalam Jurnal Sari, 2013).

Tersosialisasinya program-program kesehatan dan terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan (Machfoedz & Suryani, 2013).

Menurut Green. L (1980) dalam Subaris (2016: 7), tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu:

- a) Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
- b) Tujuan pendidikan merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
- c) Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar individu mampu untuk:

- a) Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.
- b) Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.

- c) Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosial, sehinggaproduktif secara ekonomi maupun secara sosial. Pendidikan kesehatan dilakukan disemua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya. Steward (1986, dalam Machfoedz & Suryani, 2003) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan dapat berpengaruh mengubah perilaku perseorangan atau masyarakat dengan tujuan untuk tercapai pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan.

2.1.3. Strategi Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO (1984) dalam Subaris (2016), strategi pendidikan kesehatan meliputi:

- a) Advokasi (*advocacy*), tujuannya agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan.
- b) Dukungan sosial (*social support*), tujuannya agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat.
- c) Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*), tujuannya agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya, sedangkan menurut piagam Ottawwa (1986), Strategi pendidikan kesehatan adalah:
 - 1) Kebijakan Berwawasan Kesehatan
 - 2) Lingkungan yang Mendukung
 - 3) Reorientasi Pelayanan Kesehatan
 - 4) Keterampilan Individu

5) Gerakan Masyarakat

Menurut Machfoedz & Suryani (2013) strategi pendidikan kesehatan diarahkan untuk: pertama mengembangkan kebijakan guna mewujudkan masyarakat yang sehat. Kedua membina suasana, iklim dan lingkungan yang mendukung. Ketiga memperkuat, mendukung dan mendorong kegiatan masyarakat. Keempat meningkatkan kemampuan dan keterampilan perorangan. Kelima mengupayakan pembangunan kesehatan yang lebih memberdayakan masyarakat.

2.1.4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) Ruang lingkup pendidikan kesehatan terdiri dari:

a) Dimensi Sasaran

Berdasarkan dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

b) Dimensi tempat pelaksanaan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- 2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien.

Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja, dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan

c) Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan

Menurut Leavel&Clark, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*), yaitu sebagai berikut :

1) Peningkatan kesehatan

Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan melalui beberapa kegiatan berikut ini.

- a. Pendidikan kesehatan
- b. Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan tentang masalah gizi.
- c. Pengamatan tumbuh kembang anak (*growth and development monitoring*).
- d. Pengadaan rumah sehat
- e. Konsultasi perkawinan
- f. Pendidikan seks
- g. Pengendalian lingkungan
- h. Program P2M (pemberantasan penyakit menular) melalui kegiatan imunisasi dan pemberantasan vektor
- i. Stimulasi dan bimbingan dini dalam kesehatan keluarga dan asuhan keperawatan pada anak atau balita serta tentang penyuluhan tentang pencegahan terhadap kecelakaan
 - d) Program kesehatan lingkungan dengan tujuan menjaga lingkungan hidup manusia agar aman dari bibit penyakit seperti bakteri, virus, dan jamur serta mencegah kemungkinan berkembangnya vektor.
 - e) Asuhan keperawatan pre-natal dan pelayanan keluarga berencana
 - f) Perlindungan gigi
 - g) Penyuluhan untuk pencegahan keracunan

2) Perlindungan umum dan khusus

Perlindungan umum dan khusus merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau

masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut sebagai berikut :

- a) Imunisasi dan *hygiene* perseorangan.
- b) Perlindungan diri dari kecelakaan.
- c) Perlindungan diri dari lingkungan.
- d) Kesehatan kerja.
- e) Perlindungan diri dari karsinogen, toksin, dan allergen.

Pengendalian sumber-sumber pencemaran dan lain-lain

- 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat

Usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, ehingga sering kesulitan mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat. Bentuk usaha tersebut dapat dilakukan melalui :

- a) Penemuan kasus secara dini
- b) Pemeriksaan umum lengkap
- c) Pemeriksaan masal
- d) Survey terhadap kontak, sekolah, dan rumah
- e) Penanganan kasus dan pengobatan adekua

- 4) Pembatasan kecacatan

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Bentuk pendidikan kesehatan antara lain :

- a) Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan
- b) Pencegahan komplikasi
- c) Perbaikan fasilitas kesehatan

- 5) Rehabilitasi

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadangkadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena itu, kurangnya pengertian dan kesadaran membuat masyarakat tidak mau atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. di samping itu orang yang cacat karena suatu penyakit kadangkadang malu untuk kembali ke masyarakat. Masyarakat sering tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan diperlukan tidak hanya untuk orang yang cacat tetapi juga untuk masyarakat.

2.1.4. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Machfoedz & Suryani (2013: 81) sasaran pada pendidikan kesehatan yaitu perorangan atau keluarga, masyarakat, lembaga Sedangkan menurut Sari (2013: 143) dimensi sasaran pendidikan terdiri dari tiga dimensi yaitu pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu, pendidikan kelompok dengan sasaran kelompok, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok:

- a) Sasaran primer, sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan kesehatan.
- b) Sasaran sekunder, sasaran dtujukan pada tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat di sekitarnya.
- c) Sasaran tersier, sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku

kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

2.2. Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) prinsip-prinsip pendidikan kesehatan adalah:

- a) Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien adalah hubungan klien yang berfokus pada kebutuhan klien yang spesifik.
- b) Belajar mengajar bersifat menyeluruh, artinya dalam memberikan pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja.
- c) Belajar mengajar negoisasi. Dimana petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui.
- d) Belajar mengajar yang interaktif, dimana proses belajar-mengajar adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif, yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien
- e) Pertimbangan usia dalam pendidikan kesehatan, untuk menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga perlu dipertimbangkan usia klien dan hubungan dengan proses belajar mengajar.

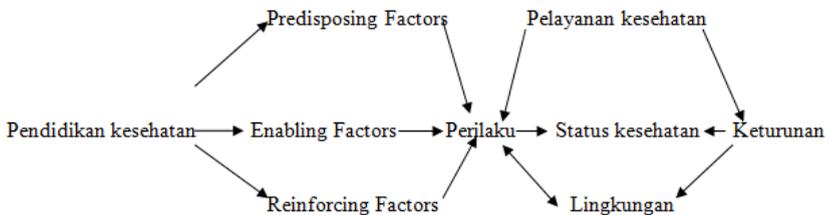
2.2.1. Peran Pendidikan Kesehatan

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu kepada H.L. Blum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat, sebagai salah satu Negara yang sudah maju. Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap kesehatan, kemudian berturut-turut disusul oleh perilakumempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan nomor tiga. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap status kesehatan di Negara-negara

berkembang, terutama di Indonesia, belum ada penelitian. Apabila dilakukan penelitian mungkin hasilnya berbedabeda tergantung masyarakatnya (Notoatmojo, 2011).

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatar belakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor predisposisi *Predisposing factors* (pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dsb), faktor yang mendukung *Enabling Factors* (ketersediaan sumber/fasilitas) dan faktor yang memperkuat atau mendorong *Reinforcing factors* (Sikap dan perilaku petugas dan Toma). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai upaya intervensi perilaku harus diarahkan pada ketiga faktor tersebut. Skema dari Blum dan Green tersebut dapat dimodifikasi sebagai berikut:

adalah:



Gambar 1. Hubungan Status Kesehatan Perilaku dan Pendidikan Kesehatan

Dari skema tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dengan kata lain, pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk memotivasi atau mengoordinasikan sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntunan nilai-nilai kesehatan.

Menurut Mubarak & Chayatin (2009) Peran pendidikan kesehatan yaitu untuk melakukan intervensi perilaku, sehingga perilaku individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Nursalam

dan Effendy (2008) menyatakan bahwa pendidikan sangat berperan besar dalam membentuk mutu kehidupan seseorang baik pendidikan secara formal dibangku sekolah ataupun non formal di luar sekolah, karena hakekat pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan yang dapat membantu dalam proses pencegahan tentang masalah kesehatan, dan dalam upaya meningkatkan kesehatan, dengan cara memberikan pemahaman tentang syarat-syarat pemeliharaan kesehatan melalui pendidikan kesehatan. Adapun strategi pendidikan kesehatan yang digunakan dalam intervensi faktor perilaku dapat dikembangkan dalam berbagai disiplin ilmu melalui pembelajaran pada mata ajar sebagai berikut :

- a) Komunikasi.
- b) Dinamika kelompok.
- c) Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat.
- d) Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa.
- e) Pemasaran Sosial.
- f) Pengembangan Organisasi.
- g) Pendidikan dan Pelatihan.
- h) Pengembangan Media.
- i) Perencanaan dan Evaluasi Pendidikan Kesehatan.
- j) Antropologi Kesehatan.
- k) Sosiologi kesehatan.
- l) Psikologi kesehatan.

2.2.2. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan yaitu : individu, kelompok atau keluarga, dan masyarakat. Dalam buku (Mubarak & Chayatin, 2009) macam-macam metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan berupa :

- a) Metode pendidikan individual

Metode pendidikan individual pada pendidikan kesehatan digunakan untuk membina perilaku baru serta membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode pendidikan individual yang biasa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi, serta wawancara.

b) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok yang kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

Apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain :

a) Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara didepan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar. Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajaran, dan sasaran belajar.

1. Penggunaan metode

Metode ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut, sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif, sasaran belajar mempunyai lingkup perhatian yang terbatas, sasaran belajar perlu menyimpan informasi, sasaran belajar perlu menggunakan informasi yang diterima.

2.Keunggulan metode ceramah.

- a. Dapat digunakan pada orang dewasa.

- b. Penggunaan waktu yang efisien.
 - c. Dapat dipakai pada kelompok yang besar.
 - d. Tidak terlalu banyak menggunakan alat bantu pengajaran.
 - e. Dapat dipakai untuk memberi pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan.
3. Kekurangan metode ceramah
- a. Menghambat respons dari yang belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya.
 - b. Tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik, pembicara harus menguasai pokok pembicaraannya.
 - c. Dapat menjadi kurang menarik, sulit untuk dipakai pada anak-anak.
 - d. Membatasi daya ingat.
- b) Seminar

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

2) Kelompok kecil

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

- a) Diskusi kelompok.
 - b) Curah pendapat.
 - c) Bola salju.
 - d) Kelompok-kelompok kecil.
 - e) *Role play*.
 - f) Permainan simulasi.
- c) Metode pendidikan massa

Metode pendidikan masa digunakan pada sasaran yang bersifat massal yang bersifat umum dan tidak membedakan sasaran dari umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial

ekonomi, tingkat pendidikan. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan massa tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perubahan perilaku, namun mungkin hanya mungkin sampai tahap sadar (*awareness*). Beberapa bentuk metode pendidikan massa adalah ceramah umum, pidato, simulasi, artikel di majalah, film cerita dan papan reklame.

2.2.3. Alat Bantu/Peraga/Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmojo (2011) macam-macam alat bantu/media pendidikan kesehatan antara lain:

a) Alat bantu

Alat bantu adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan pengajaran. Elgar Dale membagi alat peraga menjadi 11 macam, dan menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut yaitu : verbal, lambang, visual, radio, film, televisi, karyawisata, demonstrasi, pengalaman melalui drama, pengalaman melalui benda tiruan, pengalaman langsung.



Gambar 2 : Kerucut Edgar Dale

b) Alat peraga

Alat peraga ada tiga macam alat bantu pendidikan :

a) Alat bantu lihat (*visual aids*).

b) Alat bantu dengar (*audio aids*).

c) Alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*).

c) Media pendidikan kesehatan

Yang dimaksud dengan media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA). Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yaitu : media cetak, media elektronik, dan media papan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cullen, Ann. et al. 2006. *Evaluating Community-based Child Health Promotion Programs:A*
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pusat Promosi Kesehatan, Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku, Untuk KIBBLA* : Jakarta
- Greene, W & Simon, M, (1990). *Introduscction to Health Education*, Waveland Press Inc, Prospect Height, Illinois
- (2006). *Promosi Kesehatan Untuk Politeknik/D3 Kesehatan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan - Depkes RI.
- Mubarak, W.I., Chayatin, N., Rozikin, K. & Supradi. 2009. *Promosi kesehatan sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Maulana, Heri D.J. *Promosi Kesehatan*. Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2011. *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Snapshot of Strategies and Methods*. Nemours : National Academy for State Health Policy.

BAB 3

ANTROPOLOGI DAN SOSIOLOGI KESEHATAN

Oleh Solehudin

3.1 Antropologi Kesehatan

3.1.1 Teori Antropologi

Cabang dari ilmu sosial yang mempelajari mengenai adat istiadat suatu budaya di masyarakat adalah Antropologi . Secara harfiah, antropologi bisa diartikan sebagai suatu keilmuan yang menganalisis manusia dari sudut kemajemukan fisik dan kebudayaannya. Kajian dari antropologi yaitu manusia, kebudayaan serta perilakunya (Aditya et al., 2020). Antropologi semakin berkembang karena adanya teori-teori yang bermunculan dan berkembang. Teori dalam antropologi meliputi sebagai berikut:

a. Teori *Evolusi Deterministik*

Teori ini menerangkan bahwa terdapat hukum universal yang mempengaruhi perkembangan kebudayaan semua manusia. Maka dari itu semua kebudayaan meliputi beberapa tahap dan mengalami suatu evolusi. Seorang tokoh antropologi bernama Lewis Henry Morgan menyatakan delapan periode yang ada dalam tingkatan evolusi, yaitu zaman liar, liar madya, liar muda, barbar tua, barbar madya, barbar muda, peradaban purba dan zaman peradaban masa kini.

b. Teori *Partikularisme*

Frans Boas sebagai pelopor teori partikularisme yang menentang dengan teori deterministic. Menurut

Boaz, kebudayaan mungkin bisa dipelajari pada kerangka masyarakat biarpun hanya satu unsur. Pemahaman dalam teori partikularisme, setiap kemajuan budaya memiliki karakter khusus masing-masing dan tidak mungkin diidentikan menurut aturan umum.

c. Teori *Difusi*

Tokoh bernama F. Ratzel berpadangan bahwa kebudayaan manusia asalnya satu yaitu waktu manusia dilahirkan ke muka bumi. Kebudayaan tersebut lalu bertumbuh lebih banyak sebagai pengaruh lingkungan sesuai jalannya waktu. Teori Difusi Rivers mengutarakan mengenai sistem kemasyarakatannya dengan mengumpulkan data mengenai asal-usul individu dengan menyusun pertanyaan akan kerabat dan nenek moyang sebagai asal muasal. Sistem tersebut dikenal sebagai *genealogical method* atau metode genealogi yang digunakan sebagai alat pokok untuk melakukan *field work*. Teori Difusi Elliot Smith dan W.J Perry disebut dengan *Heliolithic Theory*, yaitu mengenai sistem difusi dan pertukaran aspek-aspek kebudayaan atau pertukaraan budaya antar bangsa-bangsa.

d. Teori Fungsionalisme

Teori ini dikenalkan oleh Bronislaw Malinowski, berpendapat bahwa setiap bagian kebudayaan termasuk bagian-bagian yang bermanfaat untuk masyarakat di mana bagian tersebut ada. Fokus paham fungsionalis yaitu bahwa semua bentuk perilaku, kepercayaan dan sikap yang menjadi bagian dari kebudayaan suatu masyarakat, mempunyai fungsi utama di dalam kebudayaan terkait. Kerangka teori ini disebut suatu teori fungsional tentang kebudayaan karena mempelajari fungsi dari kebudayaan manusia.

3.1.2 Konsep Antropologi Kesehatan

Menurut Foster and Anderson (1978), antropologi kesehatan membahas persoalan bidang kesehatan dan penyakit dari dua sudut yang berbeda yaitu biologi dan sosial budaya. Foster dan Anderson (1978), menjelaskan bahwa antropologi kesehatan kontemporer dapat dijumpai pada berbagai sumber berlainan seperti Antropologi Fisik, *Ethnomedicine*, Studi Personalitas dan Kultural, dan Kesehatan Publik Internasional (Izzaty et al., 2021).

McElroy and Townsend (1985) menyatakan bahwa antropologi kesehatan adalah bidang yang menelaah unsur-unsur sosial dan lingkungan yang berdampak pada kesehatan, kesadaran menggunakan alternatif mengenai cara mengetahui dan mengatasi penyakit. McElroy dan Townsend yang mengajukan ide sejarah juga menyatakan perlunya adaptasi dan perubahan sosial dengan menjelaskan bahwa sebagian besar ahli antropologi kesehatan saat ini mempelajari kesehatan dan penyakit yang berkenaan dengan adaptasi koloni manusia secara geografis dan periode waktu luas dari zaman prasejarah ke masa yang akan datang. Kedua ahli ini berkomitmen adanya enam sub-disiplin antropologis yang relevan dengan Antropologi Kesehatan yaitu Physical Anthropology, Pre-Historical Archeology, Cultural Anthropology, Ecological Anthropology, Evolutionary Theory, and Anthropological Linguistics (Izzaty et al., 2021).

Antropologi memiliki cara pandang mengenai perlu adanya rancangan budaya. Budaya menjadi petunjuk orang sebagai bagian dari masyarakat dan cara mempelajari alam semesta, cara menyatakan perasaannya dan langkah berinteraksi dengan orang lain, daya supernatural atau Tuhan serta lingkungan sekitarnya (Indirawaty et al., 2018).

Pengertian Antropologi menurut beberapa ahli (Nurmansyah et al., 2019):

- a. Keesing (1981), antropologi merupakan penelusuran mengenai manusia.

- b. Haviland (1985), antropologi merupakan suatu bidang ilmu sekitar manusia dan tingkah lakunya dan karenanya didapatkan pemahaman luas mengenai variasi manusia.
- c. Koentjaraningrat (2009), ilmu antropologi menyebutkan ada 5 (lima) masalah mengenai umat manusia yaitu:
 - 1) Masalah pada perubahan individu sebagai insan biologis
 - 2) Masalah pada cerita munculnya aneka ragam umat manusia, dilihat dari sudut karakteristik tubuhnya.
 - 3) Masalah pada asal mula, peradaban, serta pendistribusian bermacam bahasa di belahan dunia.
 - 4) Masalah persebaran dan terjadinya keanekaragaman kebudayaan manusia di seluruh dunia.
 - 5) Masalah pada pokok-pokok dan kemajemukan kebudayaan manusia dalam aktivitas seluruh masyarakat dan suku bangsa yang menyebar di seluruh penjuru dunia pada era sekarang ini

Antropologi terbagi menjadi beberapa bagian ilmu yang terdiri dari (Sidiq, 2013):

- a. *Paleo Anthropologi*, ilmu yang mempelajari asal usul atau adanya/evolusi manusia yang berdasarkan pada sisa-sisa tubuh manusia (fosil-fosil) yang telah berada dalam dasar bumi yang selama beratus-ratus tahun menggunakan metode pengawasan.
- b. Antropologi Fisik, cabang ilmu yang mengeksplorasi kisah terjadinya beragam makhluk yang dilihat dari sudut karakter tubuh baik yang lahir (*fenotipe*) dan bathin (*genotipe*).
- c. *Etnolinguistik*, cabang ilmu yang mempelajari asal mulanya berhubungan dengan ilmu antropologi, bahkan penelitiannya yang meliputi daftar kata-kata,

gambaran mengenai identitas dan tata bahasa yang terpecah di seluruh muka bumi ini, berkelompok secara bersama-sama dengan bahan kebudayaan suku bangsa.

- d. *Prehistori*, ilmu yang menganalisis riwayat perkembangan dan penyebaran setiap kebudayaan manusia di alam semesta sebelum adanya huruf.
- e. *Etnologi*, bagian ilmu yang mempelajari pengertian tentang asas-asas manusia, dengan menelaah peradaban pada kehidupan masyarakat dari sejumlah suku bangsa yang berada di alam semesta pada zaman sekarang.

Antropologi kesehatan merupakan pengetahuan yang mempelajari fakta-fakta sosiobudaya, biobudaya, dan ekologi budaya kesehatan dan kesakitan yang dipandang dari sudut fisik, jiwa dan sosial serta perawatannya dan hubungannya antara ketiga sudut tersebut dalam aktivitas masyarakat, mulai individu sampai tingkat kelompok sosial secara keseluruhan (Wirastuti, 2020).

Menurut Foster dan Anderson, antropologi kesehatan menggali permasalahan kesehatan dan penyakit dari dua sumbu yang berlainan yaitu bidang biologi dan sosial budaya. Antropologi kesehatan di nyatakan sebagai keilmuan biobudaya yang menyatakan ketertarikan pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari perilaku manusia, terutama mengenai upaya-upaya korelasi dengan keduanya selama sejarah peradaban manusia yang berdampak terhadap kesehatan dan penyakit. Penyakit dapat dipengaruhi oleh budaya karena adanya pengakuan sosial bahwa individu yang sakit tidak mampu menjalankan aktivitas normalnya secara wajar (Suprpto, 2021).

Antropologi kesehatan merupakan ilmu mengenai dampak aspek-aspek budaya terhadap persepsi masyarakat mengenai penyakit dan kesehatan. Menurut Weaver bahwa Antropologi Kesehatan merupakan bagian dari antropologi terapan yang mempelajari bermacam-macam aspek dari

kesehatan dan penyakit. Sedangkan Hasan dan Prasad, Antropologi Kesehatan merupakan bagian dari ilmu tentang manusia yang menelusuri dimensi-dimensi biologi dan kebudayaan manusia (termasuk sejarahnya) dari titik awal pandangan dalam memahami kedokteran (medical), sejarah kedokteran (medico-historical), hukum kedokteran (medico-legal), aspek sosial kedokteran (medico-social) dan permasalahan kesehatan individu. Menurut Hochstrasser: Antropologi Kesehatan mempelajari pemahaman biobudaya manusia dan karyakaryanya, yang berkaitan dengan kesehatan dan terapi (Indirawaty et al., 2018). Antropologi kesehatan menguraikan secara menyeluruh dan menilai berbagai permasalahan mengenai interaksi timbal-balik biobudaya, antara perilaku manusia masa lalu dan saat ini terhadap tingkat kesehatan dan penyakit, tanpa mengesampingkan pandangan penggunaannya pada praktik dari pengetahuan tersebut.

3.1.3 Perkembangan Antropologi Kesehatan

Peradaban antropologi kesehatan sejak awal dasawarsa enam puluhan begitu cepat (seluruh universitas yang tergolong baik di AS membuka program pengkhususan) medical anthropology (Indirawaty et al., 2018).

Ahli patologi Jerman terkemuka Rudolf Virchow (1849), menyatakan bahwa kedokteran merupakan ilmu yang mempelajari manusia yang sehat dan sakit, oleh karena itu ilmu tersebut merumuskan aturan-aturan sebagai landasan struktur sosial. Supaya menjadi efektif hal-hal yang esensial dalam manusia itu sendiri, maka kedokteran mampu menelaah struktur sosial yang berdampak kepada kesehatan dan penyakit, maka kedokteran mampu disebut sebagai antropologi (Aditya et al., 2020).

Sejarah awal munculnya kepedulian Antropologi Kesehatan ditemukan pada catatan yang berjudul "Applied Anthropology in Medicine. ditulis oleh Caudill tahun 1953 Sepuluh tahun kemudian sekitar tahun 1963, Scoth

menuliskan judul “Antropologi Kesehatan” dan Paul seorang Ahli Antropologi Kesehatan dalam suatu artikel tentang kedokteran dan kesehatan masyarakat. Setelah itu kemudian ahli-ahli antropologi Amerika serius menghargai penerapan dari penelitian-penelitian tentang kesehatan dan penyakit dalam ilmu antropologi (Aditya et al., 2020).

Fase-fase perkembangan antropologi (Nurmansyah et al., 2019), yaitu:

a. Fase Pertama

- Fase Penemuan dan Pencatatan
- Sebelum tahun 1800
- Muncul Istilah Etnografi (konsep pelukisan suku bangsa)

Sejak empat abad lalu berdatangan masyarakat Eropa Barat ke benua Asia, Afrika, Oceania, dan Amerika yang sebagian besar terdiri dari musafir, pelaut, pendeta nasrani, dan pegawai pemerintah jajahan menulis laporan, kisah perjalanan dan pengetahuan berupa gambaran mengenai adat istiadat, tatanan masyarakat dan dan karakter fisik penduduk tuan rumah tersebut.

b. Fase Kedua

- Fase Penyusunan dan Analisis Bahan Ethnografi
- Pertengahan abad ke-19
- Konsep Evolusi, bahwa masyarakat dan kebudayaan manusia sudah berubah sangat lambat sebelum periode waktu ribuan tahun yang lalu, dari fase bawah melewati fase tertinggi dan kompleks
- Antropologi menjadi ilmu yang dipelajari secara akademik, dengan maksud memahami individu dan masyarakat serta kebudayaan yang kuno untuk mendapatkan konsep mengenai fase primitif dulu sejarah evolusi dan sejarah penyebar luasan kebudayaan manusia.

c. Fase Ketiga

- Fase Kolonialisme - Imperialisme (Eksistensi Negara Eropa/Amerika)
- Permulaan Abad ke-20
- Tujuannya sederhana, ialah memahami masyarakat dan kebudayaan penduduk adat bangsa di luar Eropa untuk keperluan bangsa penjajah dan untuk mempelajari suatu pemahaman mengenai masyarakat masa kini yang rumit.

Ilmu antropologi menjadi sangat penting setelah sebagian Eropa memantapkan kekuasaannya di daerah jajahan luar Eropa karena pada dasarnya masyarakat tersebut tampak belum rumit seperti masyarakat negara Eropa.

d. Fase Keempat

- Fase Era Pembaharuan dan Penemuan Ilmu Antropologi
- Berbagai hal yang termasuk ilmu Antropologi berkembang cepat, bertambah informasi materi pengetahuan, ketajaman metode ilmiah, lenyapnya bangsa kuno (bangsa asli dan terpencil)

Sesudah tahun 1930:

- Tujuan bersifat praktis dan akademikal
- Akademikal, menelusuri pemahaman mengenai manusia secara umum dengan mempelajari ragam warna, wujud fisik masyarakat dan kebudayaan
- Praktis, menekuni individu dalam ragam warna suku bangsa untuk mengembangkan masyarakat suku bangsa tersebut.

3.1.5 Ruang Lingkup Antropologi Kesehatan

Banyak pegawai kesehatan dibanding antropolog yang memperlihatkan perhatiannya terhadap aspek sosial budaya di dalam kesehatan. Jika kita tinjau dasar timbulnya

antropologi kesehatan, Foster dan Anderson (2009) menyatakan bahwa antropologi kesehatan bermula dari empat sumber (Putri & Racmawati, 2018), yaitu:

- a. Pertimbangan para ahli antropologi terhadap kejadian-kejadian evolusi, adaptasi, perbedaan anatomi, jenis-jenis ras, genetika dan serologi.
- b. Ahli-ahli antropologi yang menumbuhkan ketertarikan pada tata cara pengobatan di dalam masyarakat kuno.
- c. Pergeseran kebudayaan dan kepribadian pada akhir tahun 1930 yang berdampak kolaborasi ahli-ahli kesehatan jiwa dan ahli-ahli antropologi.
- d. kemajuan kesehatan masyarakat secara internasional sesudah Perang Dunia II

Beberapa hal yang menjadi fokus ketertarikan antropologi kesehatan. Hal tersebut meliputi, tanggapan manusia dari bermacam-macam masyarakat terhadap keadaan sakit, atau pengaruh faktor sosial dan budaya terhadap kejadian penyakit. Antropologi kesehatan pun berpusat pada fungsi penyesuaian penyakit pada evolusi biologi dan kebudayaan manusia. Antropologi kesehatan sering disamakan dengan sosiologi kesehatan karena menaruh perhatian pada kesehatan dan penyakit sebagai kategori kebudayaan dan social serta membantu masalah kesehatan (Putri & Racmawati, 2018).

Antropologi kesehatan mengamati bermacam informasi dan keterikatannya dengan kebudayaan, sedangkan sosiologi kesehatan mengobservasi dunia kesehatan dalam interaksinya dengan masyarakat. Antropologi kesehatan menempatkan ketertarikannya pada penelitian suku bangsa, kepercayaan, penerapan norma yang berada pada masyarakat dalam hubungannya dengan sehat dan sakit. Sosiologi kesehatan melihat perbandingan status, bahasa, tingkat pendidikan, ekonomi dalam kondisi sehat dan sakit. Misalnya, dalam koneksifitas dokter dan pasien, sosiologi kesehatan

menelaah perbedaan status peranya. Antropologi kesehatan lebih mengutamakan proses komunikasi, persepsi dan perbedaan harapan antara dokter dan pasien, sebab variasi latar belakang kebudayaan yang ada (Putri & Racmawati, 2018).

1) Ekologi dan Epidemiologi

Ekologi dan epidemiologi merupakan lingkup antropologi kesehatan. Rancangan ekologis merupakan landasan untuk mempelajari mengenai kasus-kasus epidemiologi. Para ahli antropologi kesehatan yang lebih memandangi terhadap ekologi memberi ketertarikan pada korelasi timbal balik antara manusia dan alam sekitar. Koneksifitas tersebut juga meliputi perilaku manusia, masalah-masalahnya, dan kejadian perilaku dan penyakit-penyakit tersebut mempengaruhi evolusi dan kebudayaannya. upaya perorangan atau kelompok juga bervariasi dalam menentukan derajat kesehatan dan timbulnya penyakit (Putri & Racmawati, 2018).

Manfaat sudut pandang ekologi ini untuk memahami permasalahan kesehatan dalam program-program internasional untuk pengembangan dan modernisasi. Berbagai kegiatan dan kebijakan pengembangan ikut berpengaruh terhadap kondisi kesehatan manusianya. Kebudayaan memegang fungsi vital dalam upaya menganalisis unsur kesehatan dari adaptasi komunitas manusia terhadap lingkungannya. Rancangan ekologi memberikan minat yang bersifat menyeluruh terhadap korelasi organisme dengan lingkungannya (Putri & Racmawati, 2018).

Setiap perorangan ataupun kelompoknya mempunyai kewajiban untuk dapat beradaptasi dengan keadaan geografis dan iklim tempat domisilinya. Semua orang diharuskan belajar

secara berkelanjutan mengeksploitasi sumber daya alam yang ada untuk merespon kebutuhan hidup, dan penanganan penyakit. Proses penyesuaian diri manusia dengan lingkungannya disebut dengan proses adaptasi. Adaptasi manusia biasanya berjalan dalam dua jenis, yakni:

- a) Adaptasi fisiologi atau penyesuaian sebagai akibat pengaruh lingkungan sekitar, sehingga menimbulkan adanya penyesuaian pada unsur-unsur tubuh untuk mengendalikan hidup kearah yang lebih baik. Adaptasi tersebut yang menyebabkan peralihan dalam jangka pendek itu juga, misalnya respon tubuh akan mengeluarkan banyak keringat jika ada suhu panas; dan ada pergantian yang terjadi dalam periode waktu lebih lama, misalnya perbedaan warna kulit setelah berjemur atau bekerja dalam panasnya matahari dalam jangka panjang.
- b) Adaptasi budaya atau penyesuaian seseorang terhadap lingkungan yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat serta kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat.

Bidang kesehatan masyarakat tertarik menganalisis penyebab dari masalah kesehatan karena proses penyesuaian manusia. Antropologi kesehatan mulai turut memusatkan perhatian pada akibat dari tindakan manusia menggunakan pendekatan ekologi. Timbulnya berbagai macam konsekuensi kesehatan disebabkan karena setiap tindakan manusia dipastikan mampu mengubah hubungan mereka dengan lingkungannya. Salah satu bagian dari lingkungan manusia yang mencakup patologi sekaligus bersifat biologis yaitu penyakit. Suatu penyakit timbul sebagai

akibat faktor sosial psikologis dan faktor budaya sering ikut berperan (Putri & Racmawati, 2018).

Faktor-faktor biologis, dan sosio-budaya yang memberi dampak pada kesehatan dan munculnya penyakit saat ini dan selama adanya kehidupan manusia dipengaruhi oleh dorongan untuk mengerti perilaku sehat manusia dalam gejala yang luas dan berkaitan segi praktis (Izzaty et al., 2021).

Epidemiologi memandang terhadap upaya mencapai suatu keinginan pokok, yaitu optimalnya derajat kesehatan dan mencegah munculnya segala jenis risiko kesehatan. Area epidemiologi bertambah luas dan menyeluruh dengan diikuti kemajuan yang semakin modern. Banyak fase-fase yang harus diadaptasi oleh masyarakat yang menjadi pusat analisa dari penelitian epidemiologi. Sampai saat ini penyakit dan kesehatan tumbuh sejalan dengan ilmu yang menganalisisnya. Epidemiologi tidak hanya mengamati individu, tetapi komunitas dengan melakukan komparasi antara satu kelompok dengan kelompok lain. Analisis yang dipakai epidemiologi mirip dengan ilmu antropologi, yakni berupa komunitas-komunitas manusia, tetapi dari sudut pandang kualitatif (Putri & Racmawati, 2018).

Sejalan dengan perkembangannya, epidemiologi tumbuh sampai tahap modern dan ikut memberi dampak terhadap budaya masyarakat yang berubah. Masyarakat memberi tanggapan dengan sikap berbeda-beda tentang berbagai perubahan dunia kesehatan. Masyarakat bisa menerima, dan dapat tetap memperkuat kebiasaannya. Masyarakat ada yang menolak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sekalipun hal tersebut perlu bagi masyarakat.

Peran antropologi dibutuhkan untuk melakukan pendekatan kepada masyarakat masyarakat yang sukar menerima perubahan. Antropologi merupakan penghubung epidemiologi dengan masyarakat. Peranan para ahli anthropologi untuk bidang kesehatan masyarakat, antara lain (Muslimin, 2015):

- Menelaah kerangka sehat dan sakit di komunitas
- Pendekatan kepada masyarakat.
- Membantu tenaga kesehatan agar mengerti bahwa sikapnya sangat berguna untuk tercapainya upaya di dalam mengoptimalkan kesehatan masyarakat.
- Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pedoman kesehatan masyarakat.
- Menyampaikan informasi untuk tenaga kesehatan tentang pemahaman masyarakat akan penyakit dan cara penanganannya

2) Sistem Kesehatan Sosial dan *Paleopatologi*

Salah satu ruang lingkup antropologi kesehatan yaitu aspek kesehatan dari sistem sosial. Keyakinan terhadap sakit yang diduga sebagai akibat dari perbuatan penderita ataupun orang sekitarnya yang telah berbuat salah. Keyakinan tersebut meluas di kehidupan masyarakat. Adanya pemikiran konvensional terhadap penyebab penyakit dan pengobatannya memiliki maksud untuk menjadi sanksi dan mendukung sistem di masyarakat. Banyak masyarakat yang berpendapat bahwa sakit sebagai hukuman sosial yang terberat, baik bagi yang merasakan maupun orang lain yang memiliki hubungan erat dengan individu (Muslimin, 2015).

Paleopatologi mempelajari cara penyesuaian manusia purba dengan lingkungan.

Penyakit dianggap berperan dalam mempengaruhi evolusi manusia dan evolusi budayanya. Hal tersebut bermanfaat dalam mempelajari cara-cara beradaptasi generasi manusia berikutnya secara biologis dan secara budaya terhadap bahaya kesehatan yang dihadapi (Putri & Racmawati, 2018).

Hubungan antara kebudayaan dan ciri-ciri biologis manusia merupakan karakteristik yang banyak mendapat kepedulian dalam antropologi. Menurut Haviland, William A (1999), ruang lingkup antropologi adalah sebagai berikut (Nurmansyah et al., 2019):

a) *Physical Antropology/Antropo-Biologi*

Antropologi fisik menganalisa organisme biologis yang melacak perkembangan manusia berdasarkan evolusinya dan menyelidiki keanekaragaman biologisnya dalam segala jenis (spesies). Para ahli antropologi fisik berusaha melacak nenek moyang jenis manusia melalui aktivitas analisis yang mendalam terhadap fosil-fosil dan pengamatan pada primata-primata yang pernah hidup. Hal tersebut untuk menemukan cara, kapan, dan alasan menjadi makhluk yang seperti sekarang ini (Nurmansyah et al., 2019).

b) *Cultural Antropology*

Kebudayaan manusia dan kelangsungan hidupnya dalam masyarakat merupakan fokus pengamatan Antropologi budaya. Menurut Haviland (1999), cabang antropologi budaya terdiri dari arkeologi, antropologi linguistik, dan etnologi. Menurut Koentjaraningrat ada beberapa cabang dalam antropologi budaya yang merupakan studi mengenai kegiatan

sosial, model ekspresif, dan penggunaan bahasa (Nurmansyah et al., 2019).

3.1.6 Peranan Antropologi Kesehatan

Peran singkat antropologi kesehatan adalah mendeskripsikan secara luas dan interpretasi mengenai hubungan bio-budaya, antara perilaku manusia di masa lalu dan di masa kini, dengan derajat kesehatan dan penyakit, tanpa mengutamakan perhatian pada penggunaan praktis dan pengetahuan tersebut, serta partisipasi profesional dalam program-program yang bertujuan memperbaiki derajat kesehatan melalui pemahaman yang mendalam mengenai hubungan antara gejala biososiobudaya dan kesehatan, dan melalui perubahan perilaku sehat dalam arah yang dipercaya dapat memperbaiki kesehatan dalam arah yang lebih baik. Peranan antropologi dalam pembangunan yang direncanakan untuk memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik terhadap masyarakat (Husaini et al., 2017).

Anderson (2006) menyatakan bahwa peran antropologi untuk ilmu kesehatan (Kurniati, 2017), yaitu:

- a. Ilmu antropologi menggambarkan cara dalam memandang masyarakat secara komprehensif para individual masyarakat. Ilmu antropologi memakai metode yang general dan terstruktur. Seluruh unsur dari sistem tersebut saling menyesuaikan dan bekerja dalam satu sistem.
- b. Ilmu antropologi menggambarkan suatu cara operasional yang digunakan untuk menguraikan tahap-tahap transformasi sosial dan budaya serta untuk mempermudah memahami situasi warga dari kelompok sasaran dalam merespon terhadap kondisi yang tidak stabil dan munculnya kesempatan baru.
- c. Antropologi menyediakan bagi pengetahuan kesehatan suatu teknik penelitian yang mudah dan efektif untuk mengeksplorasi masalah teoritis dan praktis yang sangat kompleks dan ditemukan dalam beberapa program kesehatan. Ilmu kesehatan

memfasilitasi bagi berbagai bidang yang khusus dalam ilmu antropologi, agar langsung mampu komparasikan dengan subjek-subjek tradisional.

3.1.7 Manfaat Antropologi Kesehatan

Antropologi memiliki cara pandang terhadap pentingnya pendekatan budaya. Budaya dijabarkan dari satu generasi ke generasi berikutnya dengan menggunakan simbol, bahasa, seni dan ritual yang diterapkan dalam bentuk kehidupan sehari-hari (Indirawaty et al., 2018).

Antropologi kesehatan memberikan kontribusi pada ilmu kesehatan lain sebagai berikut:

- a. Menyediakan suatu pendekatan untuk mempelajari masyarakat secara keseluruhan beserta individunya. Cara pandang yang tepat akan berkontribusi yang sesuai dalam mengoptimalkan kesejahteraan suatu masyarakat dengan selalu berpedoman pada inti kepribadian masyarakat yang baik.
- b. Walaupun belum tepat memprediksi tingkah laku individu dan masyarakatnya, namun sudah tepat bisa memberikan peluang banyaknya opsi yang dapat dilaksanakan saat masyarakat berada pada hal yang baru.
- c. Dukungan terhadap metode penelitian dan penerapan hasilnya. Bisa berupa rumusan suatu pendekatan yang tepat atau memudahkan analisis dan penilaian hasil mengenai suatu situasi di masyarakat.

Beberapa manfaat yang diperoleh dari hasil hubungan antropologi dengan ilmu kesehatan antara lain (Putri & Racmawati, 2018):

- a. Antropologi sangat diperlukan dalam merencanakan sistem pelayanan kesehatan modern yang diakui masyarakat tradisional.
- b. Tenaga kesehatan dapat menyusun program hidup sehat yang melibatkan masyarakat.

- c. Bisa dilakukan dengan lebih mudah dan tepat penanganan kebiasaan buruk yang menyebabkan sakit
- d. Memberikan input ilmu pengetahuan dan teknologi untuk mendukung pengembangan kesehatan, membantu membuat kebijakan kesehatan, dan menyelesaikan hambatan dalam penerapan program kesehatan dengan pendekatan kebudayaan.

3.2 Sosiologi Kesehatan

3.2.1 Pengertian Sosiologi

Soekanto (2006), menjelaskan bahwa sosiologi adalah bagian ilmu sosial yang sarannya yaitu masyarakat. Sosiologi merupakan ilmu pengetahuan independen, karena meliputi aspek-aspek ilmu pengetahuan yang memiliki karakteristik utamanya sebagai berikut (Sidiq, 2013):

- Sifat empiris, ilmu pengetahuan yang dilandasi observasi terhadap kenyataan dan akal yang sehat serta hasilnya bukan berupa hipotesa.
- Sifat teoritis, selalu berupaya untuk membuat ringkasan dari hasil-hasil observasi. Abstraksi adalah kerangka yang tersusun secara rasional untuk menjelaskan hubungan timbal balik, sehingga dapat menjadi teori.
- Sifat kumulatif, teori sosiologi terbentuk dari teori-teori yang sudah ada secara empirik dan untuk memperbaharui, memperluas dan memperjelas teori sebelumnya
- Sifat non-etis, tujuannya adalah untuk menjelaskan fakta secara analisis bukan mempermasalahkan baik buruk suatu fakta.

Sorokin mengatakan bahwa sosiologi merupakan ilmu yang menjelaskan:

- Korelasi dan efek timbal balik antar berbagai gejala-gejala sosial seperti: antara ekonomi dengan agama,

keluarga dengan moral, hukum dengan ekonomi, gerak masyarakat dengan politik.

- Dampak timbal balik antara gejala sosial dan non-sosial seperti gejala geografis, biologis, dan sebagainya.
- Seluruh karakter gejala gejala sosial.

Roucek and Warren menyatakan bahwa sosiologi merupakan ilmu yang membahas korelasi manusia dengan kelompok-kelompoknya. Pendapat Fogburn dan Nimkom, bahwa sosiologi merupakan pencarian berdasarkan ilmiah terhadap hubungan sosial dan dampaknya dalam organisasi sosial. Pendapat Van Doorn dan Lemmers, bahwa sosiologi merupakan ilmu pengetahuan mengenai bentuk dan sistem kemasyarakatan yang stabil (Sidiq, 2013).

3.2.2 Sejarah Sosiologi

Ilmuwan Prancis bernama August Comte tahun 1842 mencetuskan istilah sosiologi sebagai cabang ilmu sosial, sehingga dikenal sebagai Bapak Sosiologi. Ilmuwan lain seperti Herbert Spencer (Inggris), Karl Marx (Jerman), Vilfredo Pareto (Italia), Emile Durkheim, Ferdinand Tonnies, Georg Simmel, Max Weber (jerman) dan Pitirim Sorokin (Rusia). Setiap orang tersebut menghasilkan beragam pendekatan dalam menganalisis masyarakat yang bermanfaat dalam perkembangan sosiologi (Dinas Indonesia, 2022).

Herber Spencer mempublikasikan sosiologi Tahun 1876 di Inggris dan memperkenalkan metode analogi organik yang mendalami masyarakat bagaikan tubuh manusia dan berbentuk suatu organisasi yang meliputi bagian-bagian yang tidak dapat dipisahkan satu sama lainnya. Pendekatan materialism dialektis diperkenalkan Karl Marx, berasumsi bahwa konflik antar level sosial merupakan titik tolak perubahan dan perkembangan masyarakat. pendekatan Versthen dicetuskan oleh Max Weber, yang berupaya menelusuri value, keyakinan, hasil akhir dan sikap sebagai pedoman perilaku manusia (Dinas Indonesia, 2022).

3.2.3 Konsep Sosiologi Kesehatan

Peran sosiologi kesehatan mampu menyampaikan prediksi-prediksi sosiologisnya terhadap informasi secara statistik atau perubahan sosial sehingga bisa menjadi bahan perhatian dalam membuat kebijakan kesehatan, baik sebagai rujukan analisis kebijakan, teknisi perencanaan dan pelaksanaan program, serta memahami sifat, ciri atau nilai masyarakat yang ada (Husaini et al., 2017). Di bidang kesehatan, peran sosiologi adalah:

- a. *Sociology in medicine*, adalah sosiolog dapat berkolaborasi langsung bersama dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk memahami faktor sosial yang sesuai dengan gangguan kesehatan. Sosiolog melakukan kerjasama langsung dengan perawatan pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat. Hal ini membuktikan bahwa fenomena sosial bisa menjadi unsur yang menentukan atau mempengaruhi orang-orang dalam mengatasi penyakit atau mempengaruhi kesehatan mereka ataupun perilaku lain setelah adanya penyakit.
- b. *Sociology of medicine*, berkaitan dengan kelompok, norma, keyakinan terhadap praktik kedokteran yang terbentuk dari sikap manusia yang ada dalam area layanan kesehatan, sumber daya manusia dalam pembangunan kesehatan, pelatihan tenaga kesehatan.
- c. *Sociology for medicine*, pengembangan sosiologi untuk keperluan bidang pelayanan kesehatan dapat dikaitkan dengan teknik metodologi. Contoh, teknik skala pengukuran Thurstone, Likert, Guttman yang menunjang dalam pengukuran skala sikap.
- d. *Sociology from medicine* secara perspektif sosial mampu menganalisa lingkungan kedokteran. Contohnya, mengenai strategi pendidikan, sikap, gaya hidup, dokter, atau pengenalan mahasiswa

kedokteran saat menjalankan pendidikan kedokteran.

- e. *Sociology at medicine*, politik dan ideology sebagai landasan kesehatan. Contohnya, suatu sistem pengobatan bisa membuat perubahan aturan pengobatan sehingga mempengaruhi sifat hubungan masyarakat
- f. *Sociology around medicine*, menunjukkan bagaimana sosiologi menjadi bagian atau berinteraksi dengan ilmu lain seperti antropologi, ekonomi, etnologi, etik, filosofi, hukum maupun bahasa.

Sosiologi kesehatan merupakan pengetahuan mengenai perawatan kesehatan berupa suatu struktur yang telah terbentuk dalam masyarakat, kesehatan (*health*) dan keadaan sakit (*illness*) dihubungkan dengan unsur-unsur sosial. Sosiologi kesehatan dipahami sebagai bidang ilmu yang menjadikan problematika penyakit dan kesehatan dalam kerangka sosial budaya dan karakter (Husaini et al., 2017).

Prinsip utama sosiologi kesehatan yaitu penerapan kerangka dan teknik disiplin sosiologi dalam menjelaskan, memahami, dan menyelesaikan masalah kesehatan. Sosiologi kesehatan berarti implementasi ilmu sosial dalam mencari masalah kesehatan. Terdapat berbagai kejadian yang menimbulkan peningkatan hubungan sosiologi dengan bidang medis atau kesehatan. Hal yang utama yaitu adanya perubahan kesehatan, kesembuhan dan sakit (*health, healing and illness*) (Husaini et al., 2017).

Perkembangan sosiologi kesehatan dipengaruhi oleh 4 hal ada di dunia medis, yaitu:

- a. Mortalitas dan Morbiditas

Perubahan penyakit akut dan infeksi (influenza dan tuberculosis) menjadi chronic, dan penyakit degeneratif (hati, kanker dan sebagainya). Hal ini disebabkan oleh *social pattern and life style*

- b. Dampak Pengobatan Preventif dan Perubahan Kesehatan Masyarakat
Tahun 1800 sampai 1900 *public health* lebih terpusat ke bakteriologi dan imunologi (*preventing disease occurrence*). Setelah tahun 1900 lebih pada tindakan *protection* untuk *public health* dan mengutamakan kemiskinan, malnutrisi, tempat tinggal kumuh. Telaah sosiologi hubungannya dengan kesehatan dan *illness*
- c. Dampak Perkembangan Bidang Psychiatry
Perkembangan lebih ke arah *psychopsychological* hubungannya dengan *diseases* dan *illness*. Contohnya korelasi yang baik antara pasien dan dokter. Situasi lingkungan sosial pasien digunakan sebagai terapi.
- d. Dampak Administrasi Kesehatan
Perkembangan di bidang kesehatan saat ini seperti; organisasi semakin luas, fasilitas kesehatan semakin maju; birokrasi dan keuangan serta prosedur yang ada semakin bervariasi. Sosiologi mengkhususkan analisis kepada masalah organisasi dan struktur, untung dan rugi, menjelaskan strategis dalam optimalisasi keterampilan sumber daya manusia dalam organisasi yang luas.

3.2.4 Pengertian Sosiologi Kesehatan

Sosiologi kesehatan mempelajari cara interaksi pola-pola kehidupan sosial dengan angka kelahiran atau kematian dan sebaliknya. Sosiologi kesehatan juga mempelajari interaksi berbagai fasilitas sosial seperti keluarga, sekolah, pekerjaan, agama, ras dan lainnya berdampak kepada kesehatan dan menjadi dasar pengambilan keputusan penanganan kesehatan. Sosiolog Georg Ritzer dalam *Encyclopedia of Sociology* menyebutkan bahwa awal ide yang menyebutkan sosiologi merupakan satu disiplin ilmu mampu diterapkan pada bidang kesehatan dikenalkan di Eropa Barat. Salah satu tokoh dalam sejarah perkembangan sosiologi kesehatan yaitu fisikawan Jerman Rudolf Virchow. Virchow

berpendapat bahwa obat-obatan awalnya termasuk dalam ilmu sosial, maka dapat dimanfaatkan dalam mengoptimalkan kondisi sosial masyarakat (Sosiologis.com, 2018).

Sosiologi kesehatan merupakan ulasan pada telaah tentang tingkah laku kesehatan beserta nilai sosial kegiatan kesehatan dalam mengolah cara hubungan sosial oleh tenaga kesehatan, harapannya kegiatan aplikasi ini mempunyai sudut pandang manusia dan penyakit (Sosiologis.com, 2018).

Adapun pengertian sosiologi kesehatan menurut para ahli (Dosen Sosiologi, 2021), yaitu;

- a. Ruderman (1981), sosiologi kesehatan mempelajari pengetahuan pelayanan kesehatan beserta institusi-institusi sosial pada masyarakat. Hal tersebut dilandasi oleh hubungan unsur-unsur sosial dengan kesehatan.
- b. ASA (American Sociological Association (1986), sosiologi kesehatan mempelajari pemahaman tentang cara pandang, konsep, teori dalam mengkaji fakta paradigma sosial berdasarkan kejadian penyakit dan kesehatan masyarakat.
- c. Mechanic, Sosiologi kesehatan merupakan ilmu yang mempelajari pengaruh kesehatan manusia terhadap penyakit yang sedang dialami seseorang. Sosiologi kesehatan melakukan kajian-kajian terhadap fungsi sosial-budaya mengenai kemampuan para tenaga kesehatan

Sosiologi kesehatan merupakan suatu bidang yang khusus yang memposisikan masalah penyakit dan kesehatan pada konsep sosio kultural dan perilaku. Kajiannya meliputi gambaran dan eksplorasi atau konsep yang berkaitan dengan penyebaran penyakit dalam bermacam-macam komunitas masyarakat. Sikap atau kegiatan yang dilakukan oleh individu dalam usaha memelihara atau meningkatkan serta mengatasi rasa sakit, penyakit dan kecacatan. Tingkah laku dan keyakinan berhubungan dengan kesehatan, penyakit,

kecacatan, dan organisasi serta fasilitas perawatan kesehatan. Lembaga dan profesi atau aktivitas di bidang kesehatan, cara rujukan antar pelayanan kesehatan. Penanganan pada suatu lembaga sosial dan korelasinya dengan organisasi sosial yang lainnya. Norma budaya dan masyarakat hubungannya dengan kesehatan, masalah sakit dan kecacatan serta fungsi unsur sosial terhadap penyakit, khususnya ketidakseimbangan perasaan dan masalah stress yang menyebabkan penyakit (Fahrudin, 2015).

3.2.7 Teori-Teori Sosiologi Kesehatan

a. Teori Fungsionalisme

Mengkaji kesehatan yang menjadi unsur utama untuk prasyarat berjalannya sistem sosial masyarakat. Dianggap sebagai hambatan terhadap berfungsinya fungsi sosial jika mengalami sakit, sehingga kehidupan sosial tidak normal seperti yang diharapkan. Contohnya, ayah mempunyai fungsi sosial untuk mencari nafkah bagi keluarga. Saat ayah menderita penyakit dan tidak mampu kerja, maka seluruh bagian anggota keluarga akan mengalami perubahan stabilitas keuangannya. Efeknya yaitu anggota keluarga sukar mendapat makan, sukar bermain, sulit sekolah dan mengganggu kehidupan sosial (Sosiologis.com, 2018)

b. Teori Marxist

Memandang hasil dari operasionalisasi ekonomi kapitalis kesehatan dan juga penyakit. Ekonomi kapitalis menghasilkan bahan yang berdampak terhadap kondisi lingkungan material. Penyakit sebagai hasil proses produksi tersebut seperti polusi, skizofenia, dan lainnya sehingga mengharuskan manusia untuk tidak mengonsumsi efek dari produksi bahan tersebut agar tetap sehat, dari makanan sampai obat-obatan yang juga dihasilkan oleh industri kapitalis. (Sosiologis.com, 2018).

c. Teori interaksionisme simbolik

Memandang kesehatan atau penyakit sebagai suatu ciri sosial yang menempel pada individu sebagai respon penilaian orang lain berdasar hubungan sosial. Misalnya, diagnosa satu penyakit merupakan dampak hubungan simbolik antar individu yang terlibat. Dalam hubungan antara dokter dan pasien, dokter berupaya mencari tahu penyakit yang dialami pasien yang ditandai berupa gejala yang muncul (Sosiologis.com, 2018).

d. Teori konstruksi sosial

Teori ini memandang produk dari konstruksi sosial yaitu kesehatan dan penyakit. Suatu keadaan fisik yang dikatakan sehat atau sakit adalah bukti-bukti yang secara kreatif dihasilkan dengan cara korelasi dan penilaian terhadap bukti-bukti tersebut. Kegiatan penilaian berlangsung secara individual, lalu didiskusikan sehingga menjadi antar individu. Misalnya, seorang disabilitas persepsi masyarakat dipandang sebagai orang yang memiliki kelemahan. Kelemahan ini berupa bukti yang dihasilkan oleh interaksi dan interpretasi suatu keadaan yang nyata. Teori ini memandang bahwa kelemahan sebagai label hasil negosiasi individu-individu terhadap minoritas (Sosiologis.com, 2018).

3.2.8 Lingkup Sosiologi Kesehatan

a. Penyakit dan kesehatan

Pengamatan tentang kesehatan senantiasa dikaitkan dengan penyakit. Individu dinyatakan sehat pada derajat tertentu, jika tidak mengalami jenis penyakit tertentu. Bidang ini fokus pada penjelasan seseorang atau masyarakat dapat diidentikan sehat atau sakit. Contoh, orang dinyatakan sakit bila tidak mampu menjalankan peran sosial yang seharusnya.

b. Pelayanan kesehatan

Cara masyarakat menentukan atau harus mencari pelayanan kesehatan yang ada adalah sebagian

kajian dalam keilmuan ini. Pelayanan kesehatan bukan saja dipandang sebagai cara teknis dalam merawat pasien dan sejumlah biayanya, akan tetapi peran lembaga sosial yang memfasilitasinya, mulai dari pemerintah, rumah sakit, hingga keluarga.

c. Kondisi mental

Ruang lingkup sosiologi kesehatan lainnya yaitu cara perilaku dipengaruhi aspek mental individu sehingga berdampak terhadap stabilitas sosial masyarakat dan sebaliknya. Suatu kondisi normal akan dapat digambarkan pada perilaku yang dipraktikkan oleh kebanyakan orang, sehingga risikonya individu yang tidak patuh dapat disebut tidak normal atau menyimpang.

d. Intervensi kesehatan berbasis masyarakat

Ruang lingkup ini mempelajari mengenai cara kolektivitas dan integrasi sosial menjadi faktor-faktor keadaan kesehatan suatu masyarakat dan juga menentukan opsi dalam memecahkan masalah kesehatan. Rencana untuk mengatasi masalah kesehatan dilandasi oleh pemahaman terhadap situasi sosial masyarakat tersebut.

e. Pengetahuan dan kekuasaan

Sosiologi kesehatan mengarahkan minat pada interaksi yang timpang antar individu sosial di bidang kesehatan. Contohnya hubungan antara dokter dan pasien. Dokter dibekali pemahaman terhadap suatu penyakit yang dialami pasien melalui penelusuran terhadap gejalanya. Pasien biasanya ditempatkan pada kedudukan yang tidak paham. Hubungan yang berbeda ini berisiko terhadap penyalahgunaan wewenang.

f. Kebijakan kesehatan masyarakat

Hal ini membicarakan tentang cara membuat kebijakan tentang kesehatan masyarakat yang sesuai sasaran. Bukan hanya saja bentuk kebijakannya,

tetapi juga individu yang melaksanakannya, target intervensinya, risiko yang dapat ditimbulkannya.

g. Distribusi informasi medis

Informasi menjadi suatu faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya pengetahuan seseorang terhadap situasi kesehatan atau penyakit yang dideritanya. Pengetahuan mengenai obat-obatan, penyakit dan kesehatan dapat menjadi area dominasi orang-orang tertentu, seperti apoteker, dokter, tabib, sampai dukun. Saat ini informasi menyebar secara luas sehingga berpotensi mengubah distribusi pengetahuan di bidang kesehatan.

h. Hubungan Lingkungan Sosial dan Kesehatan

Ruang lingkup studi ilmu sosiologi kesehatan lainnya yaitu lingkungan sosial. Lingkungan ini bukan saja pada lingkungan masyarakat tapi termasuk lingkungan keluarga yang berpengaruh di dalamnya. Saat individu berada dalam keadaan sakit, ada pengaruh kuat terhadap interaksi sosiologis antar manusia.

i. Perilaku Sehat dan Sakit

Perilaku individu dan kelompok sosial dalam masyarakat menjadi hal penting untuk ditelaah pada sosiologi kesehatan. Hal ini berkenaan dengan hubungan sosial yang dilakukan saat individu merasa sehat dan sakit. Sikap ini dipengaruhi kuat oleh perubahan sosial yang ada.

j. Praktisi Perawatan Kesehatan dan Hubungan dengan Pasien

Alasan dilakukan telaah oleh praktisi perawatan karena fokus sosiologi kesehatan yaitu masyarakat dan medis.

k. Sistem Perawatan Kesehatan

Ruang lingkup sosiologi kesehatan lainnya yaitu proses perawatan kesehatan. Perawatan ini berkaitan kuat dengan fasilitas dan kualitas petugas

kesehatan yang diinginkan mampu membantu masyarakat saat mengalami masalah kesehatan.

3.2.9 Manfaat Sosiologi Kesehatan

- a. Memahami mengenai tingkah laku masyarakat saat sakit dan mencari pertolongan pada petugas medis
- b. Memberikan pemahaman yang baik dalam hubungan sosial antara dokter dengan pasien.
- c. Memberikan pemahaman dan kajian tentang landasan dengan fasilitas layanan kesehatan yang di temukan.
- d. Memberikan kajian sosial dalam interaksinya dengan penyakit. Pemahaman ini ditemui dari teknik penelitian sosial
- e. Mengupas mengenai bermacam kejadian sosial menurut sosiologis terhadap masyarakat yang terdampak permasalahan kesehatan (sakit).
- f. Pada umumnya sosiologi kesehatan mampu memberikan pengertian dan penyusunan rencana tentang derajat kesuksesan petugas medis

3.2.10 Kesehatan Dan Penyakit Dari Sudut Pandang Sosial

Sudut pandang sosial mengenai kesehatan dan penyakit (Sutiyah, 2021), sebagai berikut:

- a. Pengertian dan Konsep Penyakit

Sosiologi kesehatan didapatkan disparitas antara konsep *disease* dan *illness*. Menurut Conrad dan Kern *disease* adalah tanda biofisiologi yang berpengaruh terhadap fisik. Menurut Field *disease* (penyakit) merupakan konsep medis tentang kondisi tubuh abnormal yang menurut para ahli dapat dilihat dari tanda dan gejala tertentu. Sarwono mengutarakan *disease* sebagai hambatan fungsi fisiologis organisme sebagai dampak infeksi atau gangguan lingkungan, sehingga *disease* bersifat objektif.

Menurut Conrad dan Kern, illness merupakan ciri sosial yang ikut serta atau ada disekitar disease. Menurut Field illness adalah emosi individu yang merasa kesehatannya mengalami gangguan. Sarwono menyatakan illness sebagai persepsi individu terhadap pengalaman mengalami penyakit. Muzaham mengartikan kata disease menjadi penyakit, dan illness menjadi kondisi sakit, sedangkan Sarwono pun menyebutkan istilah disease jadi penyakit, tetapi mengartikan illness jadi sakit.

Pada seluruh masyarakat ditemui suatu skema medis. Menurut Foster, sistem medis meliputi semua keyakinan tentang upaya mengoptimalkan kesehatan dan tindakan serta pemahaman ilmiah maupun keterampilan anggota kelompok yang mendukung sistem tersebut.

b. Kontruksi Sosial Mengenai Penyakit

Para peneliti masalah kesehatan menyebutkan bahwa penyakit adalah komposisi sosial. Conrad dan Kern menjelaskan mengenai penyakit sebagai konstruksi sosial, yang membahas konstruksi sosial wanita sebagai makhluk lemah dan irrasional yang terhalang oleh faktor khusus kewanitaan seperti organ reproduktif dan keadaan mental, dan kecenderungan untuk membangun sindrom pramenstruasi dan menopause sebagai gangguan kesehatan yang memerlukan terapi spesifik.

c. Kesehatan dan Faktor Sosial

Hubungan Kesehatan dengan level sosial, pola hidup, dan gender

Penyakit tidak menyebar merata di lingkungan masyarakat. Kelompok yang mengalami penyakit merupakan bidang pengamatan yang disebut dengan epidemiologi. Di beberapa negara melaporkan adanya korelasi antara kesehatan dan level sosial. Disparitas kematian di masyarakat diakibatkan oleh bermacam unsur, yaitu penyakit jantung isemia,

kanker paru-paru, penyakit serebrovaskular, bronkitis, kecelakaan kendaraan bermotor, pneumonia dan bunuh diri.

Tersedianya fasilitas kesehatan dan besarnya penghasilan jaminan atas kesehatan masyarakat. Ketidaksesuaian penyebaran kesakitan dan kematian terdapat antara laki-laki dan perempuan. Suatu faktor sosial yang berhubungan dengan ketidaksamaan kematian laki-laki dan perempuan perbedaan sikap, disebabkan sosialisasi peran yang beda.

Unsur sosial lain yang menimbulkan perbedaan kematian laki-laki dan perempuan adalah karena laki-laki lebih sering terlibat dalam berbagai kegiatan yang berbahaya. Penyebab lainnya adalah adanya perbedaan kematian laki-laki dan perempuan dalam kejadian bunuh diri. Pada kasus tertentu faktor sosial justru menyebabkan mortalitas lebih tinggi pada gender perempuan.

d. Hubungan Kesehatan dengan Usaha dan Etnisitas

Masalah kesehatan penduduk berubah seiring dengan meningkatnya umur. Orang usia lanjut biasanya mengalami masalah degeneratif dan penyakit kronis. Lansia memiliki tingkat kesakitan paling tinggi sehingga kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan makin meningkat. Semakin sulit dalam kemandirian dan semakin tergantung pada orang lain. Berbagai gangguan kesehatan belum optimal karena unsur sosial, seperti ketidakpahaman dan elemen ekonomi. Unsur sosial yang berhubungan dengan usia lanjut merupakan suatu sistem diskriminasi yang melibatkan stereotip yang menjelaskan orang usia lanjut sebagai orang yang sakit, miskin dan kesepian.

Informasi mengenai kondisi kesehatan komunitas minoritas etnik yang menetap di suatu negara menunjukkan lebih tingginya kejadian

kesakitan dan kematian tertentu pada kelompok etnis tertentu daripada di kalangan penduduk setempat. Perbedaan pelayanan medis antara kaum migran dan penduduk setempat merupakan sebagian unsur yang menimbulkan perbedaan kesehatan.

e. Kesehatan dan Lingkungan Sosial

Gangguan kesehatan dapat muncul dari lingkungan sosial. Manusia biasa hidup dalam lingkungan sosial yang menimbulkan kemarahan, putus asa atau cemas, sehingga dengan demikian dapat menimbulkan gangguan kesehatan. House, Landis dan Umberson menjelaskan hasil penelitian yang menunjukkan adanya korelasi antara sosial dan kesehatan.

Bahaya lingkungan terhadap kesehatan dipersepsikan oleh masyarakat dengan berbagai reaksi berbeda. Kesadaran masyarakat terhadap lingkungan fisik menyebabkan penyakit kemudian sering disertai dengan berbagai bentuk perlakuan terhadap mereka yang dianggap bertanggung jawab.

f. Pranata Sosial dalam Bidang Kesehatan

Pranata social atau lembaga social dapat diartikan sebagai lembaga, organisasi, asosiasi atau kelompok social. Pranata social sering ditemukan dalam kehidupan masyarakat yang membantu terwujudnya kebutuhan masyarakat.

Menurut Talcott Parsons, fungsi merupakan pemahaman suatu bagian dari system social yang lainnya. Terdapat dua fungsi, yaitu fungsi manifest dan fungsi laten. Fungsi manifest merupakan fungsi yang diharapkan oleh suatu kebijakan, organisasi, program, institusi, atau asosiasi.

Peran pranata kesehatan dalam satu aspek membantu pemerintah dalam melaksanakan pembangunan kesehatan masyarakat. Segi pemerintahan, pranata kesehatan memposisikan diri sebagai pusat layanan kesehatan, sehingga ada

peningkatan kualitas atau derajat kesehatan masyarakat.

Fungsi laten dari pranata kesehatan yaitu membentuk manusia menjadi orang yang tidak mandiri dan kurang mampu menjaga serta merawat dirinya sendiri. Menjadi profesi yang punya keahlian (expert) yang spesifik, jabatan sebagai petugas kesehatan merupakan prestasi sosial yang di hormati di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, R. S., Ningrum, L. R., Fahrani, F., Kodriyah, L., & Mayasari, E. (2020). *Pengantar Antropologi* (1st ed., Issue March). Literasi Nusantara Abadi.
- Dinas Indonesia. (2022). *Sosiologi Kesehatan*. Kesehatan Umum. <https://dinas.id/sosiologi-kesehatan/>
- Dosen Sosiologi. (2021). *Pengertian Sosiologi Kesehatan, Ruang Lingkup*. DosenSosiologi.Com. <https://dosensosiologi.com/pengertian-sosiologi-kesehatan-ruang-lingkup-dan-manfaatnya-lengkap/>
- Fahrudin, A. (2015). *Sosiologi Kesehatan Mental*. 1, 89–92.
- Husaini, Rahman, F., Marlinae, L., & Rahayu, A. (2017). Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan. *Antropologi Sosial Kesehatan*, 1–226.
- Indirawaty, Syamsudin, & Sumarmi. (2018). *Dasar-Dasar Penerpaan Antropologi Kesehatan* (1st ed., Vol. 53, Issue 9). Wade Group.
- Izzaty, R. E., Astuti, B., & Cholimah, N. (2021). Antropolgi Kesehatan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Kurniati, D. P. Y. (2017). *Sosiologi Antropologi Kesehatan*. Program Study Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Muslimin. (2015). *Perilaku Antropologi Sosial Budaya dan Kesehatan*. Deepublish.
- Nurmansyah, G., Rodliyah, N., & Hapsari, R. A. (2019). *Pengantar Antropologi*. Aura Publisher.
- Putri, D. M. P., & Racmawati, N. (2018). *Antropologi Kesehatan Konsep dan Aplikasi Antropologi dalam Kesehatan* (pp. 1–163). Pustaka Baru Press.
- Sidiq, S. S. (2013). *Sosiologi-Antropologi Dan Perilaku Kesehatan*. Alaf Riau Publishing.
- Sosiologis.com. (2018). *Sosiologi Kesehatan: Definisi, Ruang Lingkup dan Teorinya*. Sosiologis.Com. <https://sosiologis.com/sosiologi-kesehatan>

- Suprpto, S. (2021). *Buku Ajar Antropologi Kesehatan* (Issue November). Politeknik Sandi Karsa.
- Sutiyah. (2021). *Peran Sosiologi Dalam Kesehatan Jasmani dan Rohani Manusia*. <https://mas-alahrom.my.id/sosio/peran-sosiologi-dalam-kesehatan-jasmani-dan-rohani-manusia-bagian-2/>
- Wirastuti, K. (2020). *Antropologi Kesehatan*.

BAB 4

PSIKOLOGI DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN

Oleh Musliha Mustary

4.1 Pendahuluan

Psikologi berasal dari istilah *psyche* atau jiwa, tetapi sekarang lebih banyak diartikan sebagai psikis. Psikologi digunakan untuk menjelaskan perilaku manusia sebagai sebuah reaksi yang dilakukan mulai dari perilaku sederhana sampai perilaku yang sangat kompleks.

Menurut Boeree (2008), psikologi adalah kajian tentang pikiran, seiring dengan aspek-aspek pikiran seperti persepsi, kognisi, emosi, dan perilaku. Menurut Gage & Berliner (1992) Psikologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang gejala-gejala kejiwaan dan perilaku manusia dalam interaksinya dengan lingkungan, baik individu maupun kelompok.

Ernest Hilgert (1957) dalam bukunya *introduction to psychology* menjelaskan Psychology may be defined as the science that studies the behavior of men and ather animal (Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan lainnya)

George A. Miller (1974) dalam bukunya *Psychology and Communication: Psychology is the science that attempts to describe, predict and control mental and behavioral events* (Psikologi adalah ilmu yang berusaha menguraikan, meramalkan, dan mengendalikan peristiwa mental dan tingkah laku).

Cliiford T. Morgan (1961) dalam bukunya *introduction to Psychology: Psychology is the science of human and animal behavior* (Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia dan hewan)

Robert S. Woodworth dan Marquis DG (1957) dalam bukunya *Psychology: Psychology is the scientific studies of individual activities relation to the inveronment* (Psikologi adalah suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari aktivitas atau tingkah laku individu dalam hubungannya dengan alam sekitarnya). Dari beberapa pendefinisian diatas, dapat diketahui bahwa terjadi keberagaman para ahli dalam memberikan pemahaman tentang psikologi. Namun, tampak para ahli menyepakati bahwa psikologi tidak hanya mengkaji perilaku manusia, tetapi juga perilaku selain manusia.

4.2. Defenisi Psikologi Pendidikan Kesehatan

Psikologi kesehatan merupakan cabang psikologi yang mempelajari pengaruh kondisi psikologis terhadap kesehatan seseorang, mengapa seseorang menjadi sakit, dan bagaimana respon seseorang apabila dalam kondisi sakit. Psikologi kesehatan memiliki pengertian yaitu ilmu yang mempelajari, memahami bagaimana pengaruh faktor psikologis dalam menjaga kondisi sehat, ketika mengalami kondisi sakit, dan bagaimana cara merespon ketika individu mengalami sakit.

Mengacu pada pengertian sehat menurut WHO tahun 1948, menunjukkan bahwa adanya keselarasan antara pengertian psikologi kesehatan dengan pengertian sehat menurut WHO, dimana tidak hanya menekankan pada ada atau tidak adanya penyakit. Pengertian sehat menurut WHO (1948) yang dimaksud yaitu kondisi sehat atau sejahtera pada aspek fisik, aspek mental maupun aspek sosial. Sedangkan psikologi pendidikan menurut Walberg dan Haertel (1992) seperti dikutip oleh Lee Krause (2010) merupakan disiplin ilmu sendiri yang menghubungkan antara pendidikan dan psikologi. Jadi psikologi pendidikan kesehatan dapat disimpulkan bahwa ilmu yang mempelajari serta memahami faktor psikologis individu dalam menjaga kondisi sehat, kondisi sakit, dan respon individu ketika mengalami sakit.

4.2.1 Pengertian Psikologi kaitannya dengan Kesehatan

Psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari perilaku manusia dalam hubungan dengan lingkungannya. Berdasarkan tujuannya, psikologi dibedakan atas:

1. Psikologi Teoritis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk mengembangkan ilmu.
2. Psikologi Praktis: Psikologi dipelajari dengan tujuan untuk kebutuhan praktis, khususnya problem solving.

Berdasarkan objek yang dipelajarinya, dibedakan atas:

1. Psikologi Umum

Psikologi umum bertujuan menyelidiki dan mempelajari kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas psikis manusia yang tercermin dalam tingkah laku pada umumnya, khususnya pada manusia dewasa yang normal dan berkultur (tidak terisolasi).

2. Psikologi Khusus

Psikologi Khusus bertujuan menyelidiki dan mempelajari segi-segi kekhususan dari aktivitas- aktivitas psikis manusia. Psikologi khusus ini lebih bersifat praktis/aplikatif.

Bidang-bidang dalam Psikologi Khusus, antara lain:

- a. Psikologi Konseling & Klinis

Psikologi konseling & klinis berusaha mendiagnosa dan mentreatment individu yang memiliki problem psikologi. Problem bisa berat, bisa ringan dan dapat dilakukan oleh psikolog dengan 3-4 tahun pengalaman kerja dan 1 tahun menekuni kesehatan mental.

Sebagian besar psikolog berkecimpung dalam bidang psikologi klinis dengan menerapkan asas-asas psikologi pada diagnosa dan perawatan masalah emosi dan perilaku. Misalnya: penyakit jiwa, kenakalan remaja, tindak kriminal, kecanduan obat, keterbelakangan mental, konflik perkawinan dan keluarga, serta masalah penyesuaian lain yang tidak begitu serius.

- b. Psikologi Eksperimen

Psikologi eksperimen menggunakan metode

eksperimen untuk mempelajari tingkah laku manusia (kadang menggunakan hewan coba) dan sering melakukan penelitian. Beberapa hal yang sering diteliti antara lain adalah sensasi & persepsi, proses kognitif, learning, ataupun motivasi. Psikolog eksperimen juga mengembangkan metode pengukuran dan pengontrolan yang tepat.

c. Behavioral Neuroscience & Comparative Psychology

Bidang ini memfokuskan kajian pada proses biologis, khususnya peran otak pada perilaku (mencoba menemukan hubungan antara proses biologi dengan perilaku), karenanya mereka disebut sebagai ahli psikologi fisiologi. Subjek penelitian biasanya binatang. Mereka membandingkan temuan pada binatang dengan manusia.

d. Psikologi Perkembangan

Bidang ini memfokuskan kajian pada berbagai faktor yang membentuk perilaku individu mulai dari konsepsi hingga mati. Khususnya melihat bagaimana pengaruh kematangan biologis dan lingkungan terhadap perkembangan manusia.

e. Psikologi Sosial

Bidang ini memfokuskan kajian pada interaksi sosial, hubungan sosial, persepsi sosial, dan sikap sosial individu dengan orang lain. Kita akan paham mengenai perilaku dan mental individu jika kita memahami bagaimana fungsi individu dalam kelompoknya.

f. Psikologi Kepribadian

Bidang ini mempelajari perbedaan individu dengan cara mengelompokkan individu untuk tujuan praktis dan mempelajari kualitas setiap individu yang unik. Psikologi kepribadian memfokuskan diri pada ciri sifat dan karakter.

g. Psikologi Kesehatan

Bidang ini memfokuskan diri pada pemberian perhatian kepada kelompok yang membutuhkan bantuan. Misalnya: membentuk program *outreach* untuk orang-orang yang membutuhkan.

h. Psikologi Sekolah & Pendidikan

Psikologi sekolah dan pendidikan memfokuskan diri

pada anak-anak yang mengalami masalah dalam proses belajar dan penyesuaian diri di sekolah, memberi rekomendasi mengenai penempatan jurusan, rencana sekolah dan pekerjaan, serta meneliti proses belajar dan mengajar.

i. Psikologi Industri dan organisasi

Psikolog industri dan organisasi berfokus pada masalah pemilihan orang yang tepat untuk memegang pekerjaan tertentu, menyusun program latihan ataupun praktek kerja, dan turut serta membentuk pimpinan dalam perusahaan serta mengambil keputusan yang menyangkut semangat kerja dan kesejahteraan para karyawan.

j. Psikologi Lingkungan

Psikologi lingkungan mempelajari transaksi antara individu dengan lingkungan. Misalnya bagaimana pengaruh desain fisik (ruang atau bangunan) terhadap aspek-aspek psikologis, seperti persepsi, kognisi, relasi sosial, perilaku abnormal, dan lainnya.

k. Psikologi Lintas

Budaya Psikologi lintas budaya mempelajari peran budaya terhadap perilaku, pikiran, dan emosi. Psikologi kesehatan mempelajari faktor psikologis yang mempengaruhi kesehatan. Misalnya: gaya hidup, stres dan coping.

4.3 Sejarah Psikologi Kesehatan

Lahirnya psikologi kesehatan ini dilatar belakangi oleh kemunculan penyakit kronis yang berkaitan dengan gaya hidup, peran pengembangan perawatan kesehatan melibatkan bidang ekonomi, realita adanya kontribusi faktor psikologis dan sosial pada kesehatan dan kondisi sakit, pentingnya menunjukkan intervensi psikologis untuk memperbaiki kesehatan masyarakat, adanya kontribusi metodologis dari penelitian.

Sejak zaman purbakala berbagai budaya percaya bahwa pikiran dan raga (*mind-body*) saling terkait. Penyakit timbul karena ada roh jahat yang masuk ke tubuh, sehingga

upaya penyembuhan terutama dilakukan untuk mengusir roh jahat dari tubuh melalui lubang di Zaman Yunani kuno mempercayai penyakit timbul akibat adanya ketidakseimbangan pada cairan humoral seseorang. Cairan tersebut ada empat jenis yaitu darah, empedu hitam, empedu kuning dan dahak. Pengobatan ditujukan untuk menyeimbangkan keempat jenis cairan ini.

Orang Yunani percaya bahwa pikiran (*mind*) memegang peranan penting. Kepribadian seseorang ditentukan dari jenis cairan yang ada dalam tubuh. Darah berhubungan dengan sikap temperamen dan bergairah, empedu hitam dengan kesedihan, empedu kuning dengan sikap marah, dan dahak dengan gaya hidup yang santai metris yang di tengkorak manusia.

Pada abad pertengahan, peranan gereja dalam menyembuhkan penyakit memegang peranan penting sehingga pada masa itu seseorang yang sakit disembuhkan dengan cara relijiusitas, misalnya oleh pastor. Pada permulaan abad renaissance, berhasil ditemukan mikroskop sebagai batu loncatan penemuan agen penyebab penyakit seperti bakteri. Penemuan ini memupus teori humoral sebagai penyebab penyakit. Temuan mikroskop melahirkan model bimedial yang berasumsi bahwa masalah psikis dan sosial tidak relevan atau berkontribusi terhadap timbulnya penyakit.

Model atau pendekatan biomedial telah mendominasi dunia medis selama 300 tahun. Pendekatan ini memisahkan antara *mind* (pikiran) dengan *body* (tubuh), dimana penyakit disebabkan oleh satu faktor saja yaitu karena ketidakseimbangan biokimia dan abnormalitas pada neurofisiologis. Dalam perkembangannya pendekatan biomedial memiliki beberapa kelemahan di antaranya adalah pendekatan ini tidak dapat memecahkan berbagai permasalahan praktis kesehatan misalnya mengapa bila enam orang terekspos virus flu, hanya tiga orang yang terkena.

4.4 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan merupakan cabang ilmu psikologi yang menarik dan relatif baru yang memusatkan perhatian pada pemahaman akan pengaruh psikologis terhadap bagaimana

orang tetap sehat, mengapa orang menjadi sakit, dan bagaimana respon mereka menjadi sakit (Taylor, 2010). Psikologi kesehatan menghasilkan upaya atau intervensi supaya orang tetap sehat dan sembuh dari penyakit.

Dasar dari studi dan riset psikologi kesehatan adalah definisi “sehat” versi WHO. Beberapa tahun lalu WHO (1948) mendefinisikan “sehat” sebagai keadaan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang lengkap pada seseorang, dan bukan hanya terbebas dari penyakit serta kelemahan.

Menurut Amalia (2015), psikologi kesehatan mencakup definisi sebagai berikut

- a. Berkaitan dengan bidang ilmiah psikologi yang mengkaji hubungan perilaku manusia dengan kesehatan dan cara penerapannya.
- b. Peran perilaku manusia untuk mempromosikan kesehatan (promosi kesehatan dan pencegahan dasar) serta upaya menyembuhkan penyimpangan kesehatan dapat dikategorikan pada level mikro, meso, dan makro.
- c. Beberapa bidang psikologi lainnya yang menyumbang temuan kepada bidang psikologi kesehatan.

Psikologi kesehatan sebagai ilmu memiliki peran penting, yaitu diantaranya adalah:

1. Penelitian: dalam bidang penelitian, psikologi kesehatan memiliki peran menguji atau meneliti keterkaitan antara faktor biologis, psikologis, dan sosial terhadap kondisi sakit maupun kondisi sehat
2. Triterapi: dalam bidang terapi, psikologi kesehatan, memiliki peran yang berkaitan dengan masalah-masalah psikososial terkait munculnya suatu penyakit atau kondisi sakit
3. Promosi kesehatan: dalam bidang promosi kesehatan, psikologi kesehatan memiliki peran program intervensi, bekerja dalam suatu organisasi atau yayasan .

Fokus psikologi kesehatan ditujukan kepada hal-hal sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan dan perawatan kesehatan. Misalnya: bagaimana agar anak-anak memiliki kebiasaan hidup sehat, bagaimana agar orang rajin berolahraga, dan bagaimana mendesain media promosi kesehatan bagi kebiasaan diet yang sehat;
2. Pencegahan dan pengobatan penyakit. Misalnya: mengajari orang dengan risiko stress kerja tinggi untuk mengelola stress secara efektif, atau menolong orang yang sakit menjalani terapi yang dianjurkan dokter;
3. Etiologi dan hubungannya dengan kesehatan penyakit, dan gangguan fungsi tubuh. Misalnya: beberapa penyakit bukan disebabkan oleh agen penyakit tetapi juga oleh gaya hidup seperti konsumsi alkohol, merokok, latihan/olahraga, pemakaian seat-belt, dan cara mengatasi stress; dan
4. Menganalisa dan mencoba meningkatkan pelayanan kesehatan serta memformulasikan kebijakan kesehatan. Dalam hal ini ahli psikologi kesehatan berusaha mempelajari pengaruh institusi kesehatan dan profesi kesehatan terhadap perilaku sehat seseorang, sehingga dapat direkomendasikan upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

4.5 Pendekatan Psikologi dalam Pendidikan Kesehatan

Pendekatan psikologi dalam pendidikan kesehatan bukan hanya dari sisi psikologisnya saja namun merupakan pergeseran dari model atau konsep biomedis, yang cenderung hanya menekankan pada perspektif biologis dan medis dalam mengkaji kondisi sehat maupun sakit yang dialami oleh individu yang dapat disebut dengan biopsikososial. Kondisi sakit maupun sehat yang dialami individu merupakan interaksi antara penyakit, aspek personal individu (seperti kondisi psikologis), dan aspek sosial. Biologis (penyakit) Personal (psikologis) Lingkungan (Sosial)

Implikasi klinis dari model biopsikososial dapat terlihat dalam prognosis, rekomendasi tritmen, dan secara tidak langsung

berdampak pada hubungan pasien dan petugas kesehatan. Berkembangnya pendekatan biopsikososial dalam psikologi kesehatan adalah sebagai acuan bagi psikologi kesehatan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, mengarahkan munculnya suatu sistem pelayanan kesehatan berbasis biopsikososial.

Faktor-faktor yang berperan dalam perkembangan ilmu psikologi kesehatan adalah:

1. Perubahan penyakit dari penyakit akut hingga menuju penyakit kronis
2. Perkembangan teknologi dan penelitian yang kian maju
3. Peran penting epidemiologi
4. Perkembangan pelayanan perawatan kesehatan
5. Meningkatnya respon positif komunitas medis
6. Kontribusi psikologi kesehatan dalam kesehatan
7. Kontribusi metodologi penelitian terhadap kesehatan
8. Peran dari bentuk atau macam-macam penelitian yakni korelasional, eksperimen, prospective, retrospective.

Dikembangkan di Universitas Rochester oleh George L Engel dan John Romano tahun 1977. Pendekatan psikologi dalam pendidikan kesehatan dalam konteks biopsikososial ini memahami kesehatan manusia dan penyakit dalam konteks mereka baik secara biologis, psikologis dan sosial. Biopsikososial adalah metode interkasi biologi, psikologis dan faktor sosial dalam mengobati penyakit dan meningkatkan kesehatan menjadi lebih baik.

Hal ini adalah sebuah kombinasi antara tubuh, pikiran dan lingkungan. Pendekatan model biopsikososial ini melibatkan faktor biologis, psikologis dan sosial dalam memahami penyakit dan sakitnya seseorang. Sedangkan konsep biopsikososial sendiri memungkinkan suatu pemahaman tentang munculnya sakit yang kemudian dihubungkan dengan faktor lingkungan dan kondisi stres

DAFTAR PUSTAKA

- Asiyah, S. N. (2013). Psikologi kesehatan.
- Ira Nurmala, et.al. 2018. Promosi Kesehatan, Surabaya, Airlangga University Press
- Luh Made Karisma Sukmayati Suarya, L. M. K., & Suarya, S. (2016). Psikologi Kesehatan.
- Sobur, Alex. 2003. Psikologi Umum. Bandung, Pustaka Setia.
- Taylor, Shelley E. 2015. Health Psychology, 9th edition. NY, McGraw-Hill.

BAB 5

KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN

Oleh Urhuhe Dena Siburian

5.1 Perilaku

5.1.1 Pengertian Perilaku

Secara etimologis perilaku berasal dari kata “peri” yang berarti keadaan, perihal, cara berbuat, kelakuan perbuatan dan “laku” yang berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan. Perilaku artinya adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap adanya suatu rangsangan atau lingkungan (Anwar, 2015).

Perilaku adalah perbuatan atau tindakan seseorang yang dapat diamati, digambarkan dan dicatat oleh orang lain atau orang yang melakukannya. Perilaku mempunyai beberapa dimensi yaitu (a) secara fisik ; dapat diamati, digambarkan dan dicatat dengan baik, (b) frekuensi ; memiliki durasi dan ada intensitasnya (c) ruang ; setiap perilaku memiliki dampak kepada lingkungan di mana perilaku tersebut terjadi (d) waktu ; suatu perilaku ada kaitan dengan masa lalu atau masa yang akan datang (Maryunani, 2013).

Pengertian perilaku dari pandangan biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme itu sendiri, karena itu makna perilaku manusia sangat luas, yang mencakup segala kegiatan yang dilakukannya, seperti berbicara, berfikir, makan, belajar, berjalan, bekerja dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2010)

Menurut Skinner (1983) dalam Notoatmodjo (2014) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar individu.

Dengan demikian terjadinya perilaku manusia melalui suatu proses : Stimulus → Organisme → Respons

sehingga teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” (stimulus-organisme-respons). (Notoatmodjo, 2010)

Skinner membedakan respon terhadap rangsangan ada 2 jenis, yaitu :

- a. ***Respondent respons* atau *reflektif***, yaitu respon yang ditimbulkan karena adanya rangsangan atau stimulus tertentu. Rangsangan ini disebut *eliciting stimulasi*, dimana respon yang ditimbulkan relatif tetap. Misalnya adanya cahaya yang menyilaukan akan menyebabkan mata tertutup, harum masakan akan menyebabkan keluar air liur, dan sebagainya. *Respondent respons* juga termasuk perilaku emosional atau *emotional behaviour*, seperti mendengar berita gembira akan merasa bersemangat, mendengar berita duka cita akan merasa sedih, menangis karena merasa sedih, dan sebagainya. (Notoadmojo, 2014)
- b. ***Operant respons* atau *instrumental respons***, yaitu respons yang timbul dan berkembangnya diikuti adanya perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer* (penguat) karena perangsang ini memperkuat respon. Misalnya seorang karyawan bekerja dengan baik sebagai respon atas gaji yang cukup (stimulus), karena telah bekerja dengan baik, maka ia mendapat promosi jabatan. Jadi, kerja baik merupakan *reinforce* untuk memperoleh promosi pekerjaan. (Notoatmodjo, 2010)

Dari Teori “S-O-R” di atas, maka perilaku manusia dikelompokkan menjadi 2, yaitu :

a. Perilaku Tertutup (*Covert behaviour*)

Perilaku ini terjadi bila respons terhadap adanya stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain dengan jelas atau masih terselubung. Respon belum nampak dan masih terbatas dalam bentuk pengetahuan, sikap, persepsi, perasaan, berpikir, emosi, dan sebagainya (Irfam Machfoedz, 2007).

b. Perilaku Terbuka (*Overt behaviour*)

Perilaku terbuka apabila respon terhadap adanya stimulus sudah dapat diamati oleh orang lain dari luar atau "*observable behaviour*" berupa tindakan nyata, berbentuk kegiatan atau praktik (*practice*) (Notoadmojo, 2014). Misalnya ibu membawa bayinya ke Posyandu untuk diimunisasi, ibu hamil meminum tablet Fe untuk mencegah anemia, anak mencuci tangan sebelum makan, dan sebagainya.

Timbulnya perilaku yang dapat diamati merupakan resultan dari 3 daya pada diri seseorang, yakni

- a. Daya seseorang yang cenderung untuk kembali mengulangi pengalaman yang menyenangkan dan cenderung untuk menghindari pengalaman yang kurang/tidak menyenangkan (dikenal dengan *conditioning* dari Pavlov & *Fragmentis* dari James)
- b. Daya rangsangan (stimulasi) terhadap seseorang yang ditanggapi (dikenal dengan "*stimulus-respons theory*" dari Skinner)
- c. Daya individual yang sudah ada dalam diri seseorang atau kemandirian. (Irwan, 2017)

5.1.2 Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon organisme terhadap adanya rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini ada 2, yaitu :

- a. **Bentuk pasif**, adalah respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan atau dapat disebut *covert behaviour*.
- b. **Bentuk aktif**, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi. Tindakan nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus (*practice*) adalah merupakan *overt behaviour*. (Irfam Machfoedz, 2007)

5.1.2 Prosedur Pembentukan Perilaku

Perilaku manusia sebagian besar adalah perilaku yang dibentuk dan perilaku yang dipelajari. Sehubungan dengan hal itu

maka yang diperlukan adalah bagaimana cara untuk membentuk perilaku yang sesuai dengan yang diharapkan.

a. Cara Pembentukan perilaku dengan kebiasaan atau kondisioning

Yaitu cara pembentukan perilaku dengan membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan. Misalnya membiasakan diri untuk datang tepat waktu, membuang sampah pada tempatnya, selalu berfikir positif dan sebagainya. Cara ini didasarkan atas Teori Belajar Kondisioning yang dikemukakan oleh Pavlov, Thorndike dan Skinner. Kondisioning Pavlov dikenal dengan Kondisioning Klasik yaitu sedangkan Kondisioning oleh Thorndike dan Skinner disebut dengan Kondisioning Operan. (Irfam Machfoedz, 2007)

b. Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Pembentukan perilaku ini dengan memberikan pengertian atau *insight*. Misalnya merubah perilaku merokok menjadi tidak merokok dengan memberikan pengertian bahwa merokok dapat merusak paru-paru sehingga menyebabkan penyakit kanker paru. Cara ini berdasarkan teori belajar kognitif oleh Kohler, yaitu belajar dengan disertai adanya pengertian. Sedangkan pada eksperimen Thorndike, yang penting dalam proses belajar adalah soal latihan. (Irfam Machfoedz, 2007)

c. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Yaitu pembentukan perilaku dengan menggunakan model yang merupakan contoh atau model yang ditirukan perilakunya. Misalnya Pemimpin adalah panutan yang dijadikan contoh oleh orang-orang yang dipimpinya, cara berbicara orang tua akan ditirukan oleh anak-anaknya. Cara ini didasarkan oleh Teori Belajar Sosial (*social learning theory*) atau *Observational learning theory* yang dikemukakan oleh Bandura (1977). (Irfam Machfoedz, 2007)

5.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seseorang

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan sesuatu, yakni :

1. Faktor genetik atau faktor endogen, berasal dari dalam diri individu, meliputi jenis ras, jenis kelamin, sifat fisik, sifat kepribadian, bakat pembawaan dan intelegensi
2. Faktor eksogen atau faktor dari luar individu yang mencakup lingkungan, pendidikan, agama, sosial ekonomi, kebudayaan
3. Faktor-faktor lain, mencakup susunan saraf pusat, persepsi dan emosi. (Suparyanto, 2014)

5.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan (*healthy behaviour*) pada dasarnya adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

Pengertian lain menyatakan bahwa perilaku sehat adalah tindakan dari individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, kebersihan diri, menjaga kebugaran dengan berolahraga dan mengkonsumsi makanan yang sehat. Perilaku sehat ini ditunjukkan oleh individu yang merasa sehat walaupun dari pemeriksaan medis belum tentu mereka sehat (Notoatmodjo, 2010).

Secara garis besar, perilaku kesehatan dikelompokkan menjadi 2, yakni :

a. Perilaku Sehat (*Healthy behaviour*)

Yaitu perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan lebih meningkat kesehatannya, yang mencakup mencegah atau menjauhi penyakit dan penyebab penyakit atau masalah kesehatan (perilaku preventif) serta perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif). Misalnya : imunisasi, olah raga, makan dengan makanan seimbang, berfikir positif, memakai masker, menjauhi kerumunan dan sebagainya.

b. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behaviour*)

yaitu perilaku orang yang sakit atau yang telah terkena masalah kesehatan, untuk mendapatkan kesembuhan atau masalah kesehatannya. Misalnya tindakan membawa anaknya yang sakit berobat, menjalani rawat inap di rumah sakit, konsultasi kepada dokter tentang penyakit yang diderita dan sebagainya. Tempat pencarian kesembuhan adalah fasilitas pelayanan kesehatan, baik yang tradisional (dukun, sinthe, paranormal) maupun yang modern (rumah sakit, puskesmas, poskesdes dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

5.2.1 Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku sehat terbentuk dari 3 aspek yaitu :

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya, meliputi mata, telinga, hidung, dan sebagainya.

Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan meliputi :

- 1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (gejala penyakit, jenis penyakit, penyebab penyakit, cara menularkan penyakit dan cara mencegahnya)
- 2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan antara lain : gizi makanan, sampah, perumahan yang sehat, penyediaan air bersih dan sebagainya.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional.
- 4) Pengetahuan untuk menghindari terjadinya kecelakaan, baik di rumah tangga, kecelakaan di jalan raya dan fasilitas umum. (Irwan, 2017)

b. Sikap

Sikap adalah respon yang tertutup terhadap stimulus yang melibatkan faktor pendapat dan emosi seseorang., meliputi senang atau tidak senang, setuju atau tidak setuju, baik atau tidak baik dan sebagainya.

Sikap yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan mencakup :

- 1) Sikap tentang penyakit menular dan tidak menular (gejala penyakit, jenis penyakit, penyebab penyakit, cara menularkan penyakit dan cara mencegahnya)
- 2) Sikap tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan antara lain : gizi makanan, sampah, perumahan yang sehat, penyediaan air bersih dan sebagainya.
- 3) Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional.
- 4) Sikap untuk menghindari terjadinya kecelakaan, baik di rumah tangga, kecelakaan di jalan raya dan fasilitas umum. (Irwan, 2017)

c. Tindakan

Tindakan merupakan kegiatan atau aktifitas untuk memelihara kesehatan. Tindakan untuk memelihara kesehatan mencakup :

- 1) Tindakan tentang penyakit menular dan tidak menular (gejala penyakit, jenis penyakit, penyebab penyakit, cara menularkan penyakit dan cara mencegahnya)
- 2) Tindakan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan antara lain : gizi makanan, sampah, perumahan yang sehat, penyediaan air bersih dan sebagainya.
- 3) Tindakan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional.
- 4) Tindakan untuk menghindari terjadinya kecelakaan, baik di rumah tangga, kecelakaan di jalan raya dan fasilitas umum. (Irwan, 2017)

5.2.3 Bentuk-bentuk Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Secara terperinci perilaku kesehatan mencakup :

1) Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit.

Yaitu cara manusia merespon atau menanggapi, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan rasa sakit yang dideritanya) maupun secara aktif (tindakan yang dilakukan) sehubungan dengan sakit dan penyakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat pencegahan penyakit, yakni :

- a) Perilaku sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (*health promotion behaviour*). Misalnya istirahat yang cukup, makan yang bergizi, olahraga yang teratur.
- b) Perilaku untuk pencegahan penyakit (*health prevention*). Misalnya imunisasi, tidak merokok, pemeriksaan kesehatan secara berkala, dan sebagainya.
- c) Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*). Yaitu mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan yang modern (rumah sakit, puskesmas, klinik dan lain-lain) maupun mencari pengobatan tradisional (dukun, shinshe dan sebagainya)
- d) Pengetahuan sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behaviour*), yaitu perilaku untuk pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit.

2) Perilaku terhadap sistem pelayanan, yaitu respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan, menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, penggunaan obat, penggunaan fasilitas kesehatan, sikap terhadap petugas kesehatan dan sebagainya.

3) Perilaku terhadap Makanan (nutrition behaviour), mencakup pengetahuan, persepsi, sikap dan tindakan terhadap makanan dan zat-zat gizi yang terkandung di

dalamnya, pengolahan makanan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh kita.

- 4) **Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*enviromtmental health behaviour*)**, mencakup perilaku sehubungan dengan sarana penyediaan air bersih, pembuangan limbah, perumahan sehat dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2010)

5.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Dalam teori Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan yaitu :

- 1) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)
Yaitu factor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, tradisi dan sebagainya. Misalnya ibu membawa bayinya imunisasi karena ibu mengetahui manfaat imunisasi.
- 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*)
Yaitu factor yang memungkinkan atau memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan, mencakup sarana dan prasarana, rumah sakit, klinik, tempat pembuangan sampah, uang dan sebagainya. Misalnya ibu mengetahui manfaat makanan seimbang untuk kesehatan, namun karena tidak ada uang, maka ibu tidak dapat menyediakan makanan yang bergizi untuk keluarga.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*)
Yaitu factor yang mendorong atau memperkuat untuk terjadinya perilaku. Bisa saja seseorang tahu dan mampu, tapi tidak mau melakukannya. Misalnya untuk mencegah penyebaran Covid 19 pemerintah memberlakukan protocol kesehatan, salah satunya menggunakan masker jika keluar dari rumah.

Secara matematis, perilaku menurut Lawrence Green ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f (PF, EF, RF)$$

Di mana :

B : Behaviour

PF: Predisposing factors

EF: Enabling Factors

RF: Reinforcing factors

f: fungsi

Dapat disimpulkan bahwa seseorang atau masyarakat dalam berperilaku sehat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, tradisi, keyakinan dan sebagainya dari orang atau masyarakat tersebut. Faktor lain yang mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku anatar lain adalah ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan (Notoadmojo, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, D. (2015) *Kamus Lengkap bahasa Indonesia Terbaru*. Surabaya: Amelia.
- Irfam Machfoedz (2007) *Pendidikan bagian dari promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Irwan (2017) *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Cv. Absolute Media.
- Maryunani, A. (2013) *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Notoadmojo, S. (2014) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suparyanto (2014) "Perilaku sehat."

BAB 6

PROSES BELAJAR DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sulistyani Prabu Aji

6.1 Pendahuluan

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Widodo, 2016).

Menurut Notoatmodjo 2012, pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), *output* adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku).

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Menurut WHO (1954) pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

Sedangkan pendidikan kesehatan menurut Citrawathi (2014) adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai hidup sehat (Citrawathi, 2014).

Di Indonesia, pengelolaan pendidikan kesehatan sekolah bertumpu pada suatu wadah yang disebut Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). UKS yaitu usaha membina dan mengembangkan kebiasaan dan perilaku hidup bersih dan sehat siswa sekolah secara komprehensif dan terpadu. Terdapat tiga program UKS (disebut Trias UKS), yang meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pemeliharaan lingkungan sekolah sehat (Sari, 2013).

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi. Dimensi pendidikan kesehatan tersebut antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan dan aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dimensi sasaran pendidikan terdiri dari tiga dimensi yaitu pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu, pendidikan kelompok dengan sasaran kelompok, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas (Sari, 2013).

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu menerapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, maupun memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Widodo, 2016).

6.2 Etika Menulis

Suatu karya atau karangan ilmiah adalah suatu bacaan yang didalamnya menyajikan fakta dan kebenaran secara obyektif, serta disajikan sesuai dengan kaidah kepenulisan ilmiah. Dalam membuat karangan ilmiah disini para penulis diharapkan dapat menerapkan aspek etika menulis, hal ini dimaksudkan agar mutu

dari karangan ilmiah dapat dipertanggung jawabkan keberadaannya (Handiyani, 2003).

Etika penulisan ilmiah adalah norma atau standar aturan perilaku yang harus dilakukan (dan yang tidak boleh dilakukan) oleh penulis tentang baik (dan buruknya) cara penulisan ilmiah.

Menurut Hanny Handiyani, etik berasal dari bahasa Yunani: *ethos* yang berarti norma, nilai, dan kaidah moral yaitu ukuran bagi tingkah laku yang baik. Hal ini tentunya selaras dengan perilaku seorang ilmuwan dalam melaksanakan setiap aktifitasnya, terutama dalam etika kepenulisan. Etika kepenulisan berhubungan erat dengan etika penelitian, karena seorang peneliti harus bisa menuliskan hasil penelitian yang menyajikan fakta dalam bentuk tulisan. Bila tidak, seorang penulis telah dapat dikatakan melanggar etika tersebut.

Etika menulis naskah ilmiah dibagi menjadi beberapa bagian, yang mana di dalamnya terkandung beberapa kategori pelanggaran etik dalam menulis naskah ilmiah: ; 1) *fabrication*, 2) *falsifications*, 3) *plagiarism*, 4) *authorships*, 5) *redundant*, 6) membedakan *cause and effect*, 7) *abstract* tanpa data, dan 8) *conlict of interest*. Semua isu etik, termasuk etika menulis naskah ilmiah dapat di analisis dengan *basic moral* atau kaidah dasar moral (Suryanto, 2005).

6.2.1 Efektif

Efektif artinya sampai pada sasaran dan sesuai tujuan. Supaya kalimat bersifat efektif, susunan kata dalam kalimat harus dibuat teratur, mulai dari pokok kalimat (subjek), sebutan (predikat), objek, dan keterangan. Kalau susunannya dibalik bisa memberikan arti lain (Harahap, 2019).

Kalimat efektif harus memenuhi persyaratan penulisan, kalimat ini menggunakan ejaan yang disempurnakan (EYD), pesan yang diberikan harus jelas dan kalimatnya tidak bertele-tele.

6.2.2 Efesien

Menurut Harahap, agar kalimat yang kita buat efisien, sebaiknya hindari menceritakan kata mubazir, kontaminasi, pleonasme, penggunaan kata tugas (keterangan) yang tidak

diperlukan, dua kata kerja yang sama, dan kata yang panjang (Harahap, 2019).

Tabel 1. Perbedaan efektif dan efisien

Efektif	Efisien
Memfokuskan pada tujuan	Memfokuskan pada cara
Memfokuskan pada pemilihan cara yang tepat	Memfokuskan pada pemilihan cara yang hemat
Waktu pengerjaan lebih singkat. Hal tersebut karena ketersediaan sumber daya dan hal-hal lainnya.	Waktu pengerjaan lebih lama. Hal tersebut karena sumber daya yang dipangkas
Biaya yang dikeluarkan bisa banyak	Menghemat biaya

Sumber: <https://www.gramedia.com/literasi/perbedaan-efektif-dan-efisien/>

6.3 Proses Belajar

6.3.1 Pengertian Belajar

Belajar adalah suatu aktivitas mental atau psikis yang berlangsung dalam interaksi aktif dengan lingkungan yang menghasilkan perubahan dalam pengetahuan, pemahaman, ketrampilan, nilai-nilai, dan sikap (Supradewi, 2010).

Menurut Supradewi 2010, guna mendapatkan hasil belajar yang maksimal, maka perlu didukung proses belajar yang efektif. Proses belajar yang efektif disini adalah suatu proses dimana tujuan pembelajaran berhasil dicapai dengan waktu yang tepat.

6.3.2 Definisi Belajar

Belajar dimaknai sebagai proses perubahan perilaku sebagai hasil interaksi individu dengan lingkungannya. Perubahan perilaku terhadap hasil belajar bersifat continiu, fungsional, positif, aktif, dan terarah. Proses perubahan tingkah laku dapat terjadi dalam berbagai kondisi berdasarkan penjelasan dari para ahli pendidikan dan psikologi (Padangsidimpuan, 2017).

Adapun pembelajaran adalah proses interaksi peserta didik dengan pendidik, dengan bahan pelajaran, metode penyampaian, strategi pembelajaran, dan sumber belajar dalam suatu lingkungan belajar. Kemudian, keberhasilan dalam proses belajar dan pembelajaran dapat dilihat melalui tingkat keberhasilan dalam mencapai tujuan pendidikan. Dengan tercapainya tujuan pembelajaran, maka dapat dikatakan bahwa guru telah berhasil dalam mengajar. Dengan demikian, efektivitas sebuah proses belajar dan pembelajaran ditentukan oleh interaksi diantara komponen-komponen tersebut.

6.2.3 Proses Belajar

Proses adalah kata yang berasal dari bahasa latin "*processus*" yang berarti "berjalan ke depan". Kata ini mempunyai konotasi urutan langkah atau kemajuan yang mengarah pada suatu sasaran atau tujuan (Padangsidimpuan, 2017). Dalam psikologi belajar, proses berarti cara-cara atau langkah-langkah khusus yang dengannya beberapa perubahan ditimbulkan hingga tercapainya hasil-hasil tertentu.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa proses belajar adalah suatu aktifitas psikis ataupun mental yang berlangsung dalam interaksi aktif dengan lingkungan, yang menghasilkan setumpuk perubahan dalam pengetahuan dan pemahaman, keterampilan dan nilai sikap.

Dalam proses belajar, kedua belahan otak berperan penting. Menurut Sperry (dalam Wade & Tavris, 2007) hemisfer kanan memiliki kemampuan lebih dalam memecahkan persoalan-persoalan yang menuntut kemampuan visual-spasial, kemampuan menggunakan peta, atau meniru pola berpakaian, mengenali wajah, dan membaca ekspresi wajah. Hemisfer kanan aktif ketika seseorang mencoba berkreasi dan memberikan apresiasi terhadap seni dan musik. Secara unik, otak kanan mampu membaca sebuah kata yang ditayangkan secara cepat dan dapat memahami instruksi-intruksi pelaku eksperimen (Supradewi, 2010).

6.2.4 Teori Belajar

Tokoh psikologi belajar memiliki persepsi dan penekanan tersendiri tentang hakikat belajar dan proses ke arah perubahan sebagai hasil belajar. Berikut ini adalah beberapa kelompok teori yang memberikan pandangan khusus tentang belajar:

- a. Behaviorisme, teori ini meyakini bahwa manusia sangat dipengaruhi oleh kejadian-kejadian di dalam lingkungannya yang memberikan pengalaman tertentu kepadanya. Behaviorisme menekankan pada apa yang dilihat, yaitu tingkah laku, dan kurang memperhatikan apa yang terjadi di dalam pikiran karena tidak dapat dilihat
- b. Kognitivisme, merupakan salah satu teori belajar yang dalam berbagai pembahasan juga sering disebut model kognitif. Menurut teori belajar ini tingkah laku seseorang ditentukan oleh persepsi atau pemahamannya tentang situasi yang berhubungan dengan tujuan. Oleh karena itu, teori ini memandang bahwa belajar itu sebagai perubahan persepsi dan pemahaman
- c. Teori Belajar Psikologi Sosial, menurut teori ini proses belajar bukanlah proses yang terjadi dalam keadaan menyendiri, akan tetapi harus melalui interaksi.
- d. Teori Belajar Gagne, yaitu teori belajar yang merupakan perpaduan antara behaviorisme dan kognitivisme. Belajar merupakan sesuatu yang terjadi secara alamiah, akan tetapi hanya terjadi dengan kondisi tertentu. Yaitu kondisi internal yang merupakan kesiapan peserta didik dan sesuatu yang telah dipelajari, kemudian kondisi eksternal yang merupakan situasi belajar yang secara sengaja diatur oleh pendidik dengan tujuan memperlancar proses belajar
- e. Teori Fitrah, pada dasarnya peserta didik lahir telah membawa bakat dan potensi-potensi yang cenderung kepada kebaikan dan kebenaran. Potensi-potensi tersebut pada hakikatnya yang akan dapat berkembang dalam diri seorang anak

6.2.5 Prinsip Belajar

Dalam perencanaan pembelajaran, prinsip-prinsip belajar dapat mengungkap batas-batas kemungkinan dalam pembelajaran dalam melaksanakan pengajaran, pengetahuan, dan memilih tindakan yang tepat (Muis, 2013).

Prinsip-prinsip belajar menurut Muis, 2013:

1. Prinsip kesiapan (*readiness*)
Proses belajar di-pengaruhi kesiapan peserta didik, yang dimaksud dengan kesiapan atau *readiness* ialah kondisi individu yang memungkinkan ia dapat belajar. Berkenaan dengan hal itu terdapat berbagai macam taraf kesiapan belajar untuk suatu tugas khusus. Seseorang peserta didik yang belum siap untuk melaksanakan suatu tugas dalam belajar akan mengalami kesulitan atau malah putus asa. Yang termasuk kesiapan ini ialah kematangan dan pertumbuhan fisik, intelegensi latar belakang pengalaman, hasil belajar yang baku, motivasi, persepsi dan faktor-faktor lain yang memungkinkan seseorang dapat belajar
2. Prinsip motivasi (*motivation*)
Tujuan dalam belajar diperlukan untuk suatu proses yang terarah. Motivasi adalah suatu kondisi dari pelajar untuk memprakarsai kegiatan, mengatur arah kegiatan itu dan memelihara ke-sungguhan. Secara alami anak-anak selalu ingin tahu dan melakukan kegiatan penjajagan dalam lingkungannya. Rasa ingin tahu ini seyogianya didorong dan bukan di-hambat dengan memberikan aturan yang sama untuk semua anak
3. Prinsip Persepsi dan keaktifan
Seseorang cenderung untuk percaya sesuai dengan bagaimana ia memahami situasi. Persepsi adalah interpretasi tentang situasi yang hidup. Setiap individu melihat dunia dengan caranya sendiri yang berbeda dari yang lain. Persepsi ini mempengaruhi perilaku individu.

4. Prinsip Tujuan dan keterlibatan langsung
Tujuan harus ter-gambar jelas dalam pikiran dan diterima oleh para pelajar pada saat proses belajar terjadi. Tujuan ialah sasaran khusus yang hendak dicapai oleh seseorang. Prinsip keterlibatan langsung merupakan hal yang penting dalam pembelajaran. Pembelajaran sebagai aktivitas mengajar dan belajar, maka guru harus terlibat langsung begitu juga peserta didik. Prinsip keterlibatan langsung ini mencakup keterlibatan langsung secara fisik maupun non fisik. Prinsip ini diarahkan agar peserta didik merasa dirinya penting dan berharga dalam kelas sehingga dia bisa menikmati jalannya pembelajaran
5. Prinsip Perbedaan Individual
Proses belajar bercorak ragam bagi setiap orang. Proses pengajaran seyogianya memperhatikan perbedaan individual dalam kelas sehingga dapat memberi kemudahan pencapaian tujuan belajar yang setinggi-tingginya. Pengajaran yang hanya memperhatikan satu tingkatan sasaran akan gagal memenuhi kebutuhan seluruh peserta didik.

6.4 Pendidikan Kesehatan Masyarakat

6.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: *input* adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), *output* adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku (Sari, 2013).

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk

hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat.

Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

6.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan. Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain:

1. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal
2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian
3. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu menerapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, maupun memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat. Menurut Undang-undang Kesehatan No.

23 Tahun 1992 dan WHO, tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik secara fisik, mental, maupun sosialnya, sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial, pendidikan kesehatan di semua program kesehatan; baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya. Tujuan pendidikan kesehatan adalah. untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Widodo, 2016).

Jadi tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk memperoleh pengetahuan dan pemahaman akan pentingnya kesehatan untuk tercapainya perilaku kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental, dan sosial, sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial untuk mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat. Secara khusus tujuan pendidikan kesehatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan
2. Menjadikan kesehatan sebagai kebutuhan utama di masyarakat
3. Meningkatkan pengembangan dan penggunaan sarana dan prasarana kesehatan secara tepat
4. Meningkatkan tanggung jawab dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan
5. Memiliki daya tangkal atau pemberantasan terhadap penularan penyakit
6. Memiliki kemauan dan kemampuan masyarakat terkait dengan promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif dan rehabilitative (penyembuhan dan pemulihan)

6.4.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, tempat pelayanan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan kesehatan. Berdasarkan dimensi sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi: pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat (Widodo, 2016).

Menurut (Anwar, 2005) sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 kelompok, yaitu :

1. Sasaran primer (*primary target*)
Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan juga sebagainya
2. Sasaran sekunder (*secondary target*)
Yang termasuk dalam sasaran ini adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk nantinya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya
3. Sasaran tersier (*tertiary target*)
Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat dan kepada masyarakat umum

6.4.4 Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, tempat pelayanan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan kesehatan. Berdasarkan dimensi sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi:

1. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

Berdasarkan dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dibagi menjadi:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid atau siswa, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Implementasi yang lain dapat dilakukan pula melalui kegiatan Palang Merah Remaja (PMR), bahkan dalam kurikulum juga dimasukkan dalam mata pelajaran tertentu misalnya saja mata pelajaran pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan
2. Pendidikan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien
3. Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dibagi:

- a. Promosi kesehatan (*health promotion*) yaitu peningkatan derajat atau status kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui pendidikan, penyuluhan ataupun pelatihan kesehatan,
- b. Perlindungan umum dan khusus yaitu usaha untuk melindungi masyarakat untuk memberikan perlindungan ataupun pencegahan terhadap terjangkitnya suatu penyakit contohnya dengan program imunisasi

- c. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*) yaitu suatu usaha awal untuk mendeteksi suatu penyakit akibat rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit
- d. Pembatasan kecacatan (*disability limitation*) yaitu suatu usaha mencegah terjadinya kecacatan akibat pengobatan yang kurang tuntas akibat ketidaktahuan masyarakat atau menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh
- e. Rehabilitasi (*rehabilitation*) yaitu suatu usaha untuk memulihkan akibat sakit atau cedera yang terkadang orang enggan atau malu untuk melakukannya

Saat ini istilah pendidikan kesehatan lebih dikenal dengan istilah promosi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa kebaikan yang berupa perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun lingkungan, sedangkan pendidikan kesehatan merupakan pemberian informasi mengenai perubahan perilaku hidup sehat (Widodo, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, R. (2005) 'Morfologi dan Fungsi Ovarium', *Pustaka Unpad*, pp. 1–16. Available at: http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2010/05/morfologi_dan_fungsi_ovarium.pdf.
- Citrawathi, D. M. (2014) 'PENGEMBANGAN MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN INTEGRATIF DAN KOLABORATIF DI SEKOLAH'.
- Handiyani, H. (2003) 'Etika Penulisan Karya Ilmiah Keperawatan', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(1), pp. 36–39. doi: 10.7454/jki.v7i1.131.
- Harahap, A. S. (2019) 'Teknik Menulis yang Efisien dan Efektif di Media Online', *Jurnal Abdimas*, 5(3), pp. 201–206.
- Muis, A. A. (2013) 'Prinsip-prinsip Belajar dan Pembelajaran', *Istiqra: Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam*, I(September), pp. 29–38.
- Padangsidimpuan, I. (2017) 'BELAJAR DAN PEMBELAJARAN Aprida Pane Muhammad Darwis Dasopang', 03(2), pp. 333–352.
- Sari, I. P. T. P. (2013) 'Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa', *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 9(2), pp. 141–147. Available at: <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpji/article/viewFile/3017/2510>.
- Supradewi, R. (2010) 'OTAK , MUSIK , DAN PROSES BELAJAR', 18(2), pp. 58–68.
- Suryanto, D. (2005) 'Etika Penelitian', *Berkala Arkeologi*, 25(1), pp. 17–22. doi: 10.30883/jba.v25i1.906.
- Widodo, B. (2016) 'Pendidikan Kesehatan Dan Aplikasinya di SD/MI', *Madrasah*, 7(1), p. 12. doi: 10.18860/jt.v7i1.3306.
- Notoatmodjo . 2012. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- <https://katadata.co.id/safrezi/berita/61a9b30eche21/pengertian-kalimat-efektif-dan-contoh-kalimat-yang-benar>

<https://www.gramedia.com/literasi/perbedaan-efektif-dan-efisien/>

Bab 7

PEMBUATAN PERENCANAAN PENYULUHAN KESEHATAN

Oleh Kholis Ernawati

7.1 Pendahuluan

Permasalahan kesehatan masyarakat salah satunya dipengaruhi oleh perilaku masyarakat itu sendiri. Konsep Blum menyatakan bahwa sehat sakitnya individu dipengaruhi oleh faktor lingkungan, genetik, *life style*, dan pelayanan kesehatan (Blum & Knollmueller, 1975). Sedangkan perilaku individu dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing* (Lawrence W. Green, 1984). Penyuluhan sendiri merupakan upaya intervensi untuk meningkatkan pengetahuan (Notoatmodjo, 2014). Meskipun demikian, pengetahuan dan pemahaman masyarakat diharapkan akan berubah semakin baik dengan intervensi penyuluhan dan harapan lebih jauh adalah akan dapat mempengaruhi perilakunya.

Masyarakat merupakan salah satu sumberdaya yang penting. Sehingga dalam perumusan perencanaan kegiatan penyuluhan kesehatan, hendaknya memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat, baik sumberdaya alam maupun sumberdaya non alam, sumberdaya manusia, dan sumberdaya kelembagaan yang sudah ada di tengah-tengah masyarakat (Yustina, 2003).

Kegiatan penyuluhan kesehatan sangat penting dilakukan oleh semua stakeholder yang terlibat dalam penanganan kesehatan. Telah terbukti bahwa dengan penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat. Seperti yang pernah dilakukan oleh kalangan akademis ketika mereka melakukan kegiatan pengabdian masyarakat. Kegiatan penyuluhan tentang cara pencegahan penularan Tuberkulosis (TBC) dan pemakaian masker yang benar pada anggota keluarga dan penderita TBC di Johar Baru, Jakarta

Pusat dengan hasil kegiatan yaitu dapat meningkatkan pengetahuan responden tentang cara pencegahan penularan TB sebesar 85,7 dan dapat meningkatkan pengetahuan responden tentang cara penggunaan masker dan praktek pemakaian masker hingga sebesar 100% (Ernawati et al, 2018).

Penyuluhan pada ibu rumah tangga di Serdang, Kemayoran, tentang jumentik mandiri dapat meningkatkan pengetahuan tentang DBD dan jumentik mandiri (Ernawati et al., 2018). Penyuluhan terhadap ibu baduta di Desa Langensari, Kecamatan Saketi, Kabupaten Pandeglang dengan media poster dan brosur dapat meningkatkan pengetahuan tentang rumah sehat dan perilaku sehat ibu baduta dalam rangka pencegahan *stunting* (Ernawati et al., 2022).

Peningkatan pengetahuan selain dengan penyuluhan juga dapat dilakukan dengan pelatihan. Bahkan pelatihan dapat menghasilkan peningkatan pengetahuan yang lebih baik daripada penyuluhan. Hal ini bisa dipahami karena pelatihan memiliki struktur kurikulum dan metode khusus yang diterapkan dalam sebuah pelatihan. Pelatihan yang dilakukan dan dapat meningkatkan pengetahuan serta ketrampilan peserta pelatihan yaitu pelatihan terhadap kader Pemantau Jentik (Ernawati et al., 2020), pelatihan dengan peserta siswa calon jumentik di sekolah (Susanna et al., 2019; Susanna et al., 2020).

Telah banyak hasil-hasil riset yang menunjukkan bahwa pengetahuan erat kaitannya dengan perubahan perilaku. Studi systematika review yang dilakukan oleh Ernawati et al tahun 2021 menunjukkan hasil bahwa artikel-artikel hasil penelitian tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku penjamah makanan menunjukkan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap dengan praktik penanganan makanan pada penjamah makanan (Ernawati, et al., 2021). Studi systematika review tentang pengetahuan, dan perilaku masyarakat dalam mencegah penularan COVID-19 juga menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat juga berhubungan dengan perilaku preventif yang meliputi cuci tangan, *social distancing*, *hand sanitizer*, penggunaan masker, dan isolasi mandiri (Ernawati et al., 2021).

Output kegiatan penyuluhan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku individu dan masyarakat agar mau berperilaku sehat. Oleh karenanya diperlukan kegiatan perencanaan penyuluhan kesehatan yang baik sehingga hasil yang diharapkan dapat tercapai dengan maksimal.

7.2 Ukuran Perencanaan Program Yang Baik

Perencanaan program termasuk baik jika memenuhi beberapa kriteria, yaitu: (Yustina, 2003)

1. Analisis fakta dan keadaan

Analisis fakta dan keadaan atau bisa disebut juga sebagai analisis situasi diperlukan dalam sebuah kegiatan penyuluhan dengan maksud agar kegiatan tepat sasaran. Analisis tidak hanya tentang permasalahan kesehatan masyarakat di mana kegiatan penyuluhan akan kita adakan tetapi juga menyangkut sumber daya yang ada di lokasi tersebut. Sumber daya dapat merupakan sumber daya alam, sumber daya manusia, sumber daya uang, sumber daya material dan metode. Sumber daya manusia meliputi antar lain data tokoh masyarakat, tokoh agama, dan *key person*. Sumber daya material dapat meliputi data sarana prasarana yang ada di lokasi.

Pada beberapa kegiatan penyuluhan yang pernah dilakukan hasil dari analisis situasi yang dilakukan sebelum kegiatan. Penyuluhan teknik komunikasi pada kader jumantik peserta yang diundang adalah kader-kader yang potensial dan aktif melaksanakan perannya (Ernawati *et al.*, 2020). Demikian juga untuk penyuluhan kepada siswa pemantau jentik juga dipilih siswa-siswa dengan persyaratan khusus dan mendapat rekomendasi dari guru dan kepala sekolah (Susanna *et al.*, 2020; Susanna *et al.*, 2020). Penyuluhan kepada keluarga penderita TBC dilakukan dengan bantuan kader TBC yang merupakan *key person* dalam program TBC (Ernawati *et al.*, 2018).

Analisis fakta dan keadaan juga hendaknya berlandaskan *evidence based*, berdasarkan bukti, tidak lagi berdasarkan

pengalaman atau kebiasaan semata ditunjang dengan landasan ilmiah.

Sebagai contoh faktor yang mempengaruhi perilaku pemberantasan nyamuk antara masyarakat di daerah perkotaan ternyata berbeda dengan daerah pedesaan. Penelitian Ernawati dkk tahun 2019 mengemukakan bahwa peningkatan pengetahuan dapat meningkatkan perilaku PSN masyarakat di daerah pedesaan di Kresek, kabupaten Tangerang, ketersediaan alat dapat meningkatkan perilaku PSN masyarakat di daerah perkotaan Kemayoran, Jakarta, dan sumber informasi berpengaruh negatif terhadap perilaku PSN di daerah pedesaan di Kresek, kabupaten Tangerang (Ernawati *et al.*, 2020).

2. Pemilihan masalah berlandaskan pada kebutuhan

Hasil analisis fakta dan keadaan di atas, biasanya berupa rekomendasi tentang masalah yang ada di masyarakat. Perumusan masalah perlu difokuskan pada masalah yang nyata (*real-problems*) dan telah dirasakan oleh masyarakat (*felt-problems*).

Perencanaan kegiatan penyuluhan harus didasarkan kepada kebutuhan masyarakat. Kebutuhan masyarakat tentunya berbeda-beda, antara daerah perkotaan dan pedesaan juga tidak sama kondisinya. Atau daerah yang tinggi *stunting* dan yang tidak juga berbeda kebutuhannya.

Sebagai contoh, kegiatan penyuluhan tentang DBD pada ibu rumah tangga di daerah Serdang, Kemayoran, Jakarta Pusat karena data terakhir sebelum dilaksanakan penyuluhan yaitu angka DBD di Kelurahan Serdang termasuk tinggi (Ernawati *et al.*, 2018). Penyuluhan tentang *stunting* dan faktor risiko dilakukan karena daerah sasaran yaitu desa-desa di Kabupaten Pandeglang merupakan daerah lokus *stunting* (Ernawati *et al.*, 2022; Mardiyah *et al.*, 2021).

3. Jelas dan menjamin keluwesan

Perencanaan program harus dibuat secara jelas dan tegas sehingga tidak menimbulkan keragu-raguan semua pihak yang

terlibat pada kegiatan ketika pada saat pelaksanaannya. Tetapi pada pelaksanaan di lapangan seringkali dijumpai hal-hal khusus yang menuntut penyesuaian dan modifikasi perencanaan yang telah dirumuskan. Oleh karenanya, perencanaan sebuah kegiatan penyuluhan kesehatan harus luwes (memberikan peluang untuk dimodifikasi) sehingga dapat dijalankan di lapangan. Seperti contoh keluwesan dalam hal waktu pelaksanaan kegiatan penyuluhan, meskipun sudah dirancang dan dicantumkan dalam sebuah proposal atau Rencana Acuan Kerja (RAK) kegiatan tetapi seringkali dalam pelaksanaannya waktu kegiatan akan menyesuaikan dengan kondisi di lokasi dan kesiapan panitia serta peserta penyuluhan.

4. Merumuskan tujuan dan pemecahan masalah yang menjanjikan kepuasan

Tujuan dari sebuah kegiatan penyuluhan haruslah dapat terpenuhinya kepuasan masyarakat penerima manfaat kegiatan tersebut. Jika tidak, maka program yang diadakan akan sia-sia karena tidak menumbuhkan motivasi masyarakat untuk dapat berpartisipasi lebih dalam program-program kesehatan.

Sesuai dengan teori perilaku sehat maka untuk kegiatan penyuluhan tidak dapat langsung dapat mengubah perilaku masyarakat. Karena perilaku sehat individu atau masyarakat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing* (Green, 1984). Termasuk dalam faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, persepsi, budaya, kepercayaan dll. Semua aspek yang ada dalam diri individu masuk dalam aspek predisposisi. Termasuk dalam faktor enabling adalah sarana dan prasarana yang mendukung perilaku sehat seseorang. Seperti adanya fasilitas pelayanan kesehatan, tempat khusus untuk ibu menyusui di tempat-tempat strategis pada fasilitas umum, dan tersedianya abate yang dapat menunjang tugas kader jumentik. Sedangkan termasuk dalam faktor *reinforcing* misalnya adanya dukungan dari pihak keluarga terhadap pengobatan pasien TBC, dan adanya dukungan tokoh agama dan masyarakat terhadap kegiatan jumentik mandiri.

Kegiatan penyuluhan merupakan upaya intervensi pada faktor predisposisi. Meskipun demikian, pengetahuan dan pemahaman masyarakat diharapkan akan berubah semakin baik dengan intervensi penyuluhan.

Sebuah rumusan tujuan kegiatan harus dikaitkan dengan permasalahan yang ada. Sehingga ketika kegiatan yang dilaksanakan mengacu pada tujuan kegiatan maka permasalahan yang ada otomatis akan dapat dievaluasi tingkat keberhasilannya.

5. Menjaga keseimbangan

Setiap perencanaan kegiatan penyuluhan harus ditargetkan dapat mencakup kepentingan sebagian besar masyarakat, dan bukan hanya demi kepentingan sekelompok kecil masyarakat saja. Misalnya sasaran penyuluhan yang harusnya untuk masyarakat secara umum tetapi hanya beberapa kelompok yang mendapatkan info tentang kegiatan yang akan diadakan. Seringkali karena pertimbangan aspek efisiensi sehingga menghindari kegiatan penyuluhan pada kelompok terbatas. Padahal perencanaan kegiatan yang tertuang dalam panduan RAK untuk masyarakat luar.

6. Pekerjaan yang jelas

Perencanaan program, harus merumuskan prosedur dan tujuan serta sasaran kegiatan yang jelas, yang mencakup:

1) Masyarakat penerima manfaatnya

Penerima manfaat dari segmen masyarakat mana harus jelas dari awal. Apakah masyarakat secara umum, ataukah kelompok masyarakat tertentu. Misal kader kesehatan atau anak usia sekolah. Penentuan kelompok sasaran tentunya disesuaikan dengan analisis situasi dan tujuan kegiatan.

2) Tujuan, waktu dan tempatnya

Meskipun tujuan, waktu dan tempat kegiatan telah direncanakan, tetapi kadang dalam pelaksanaan dapat berubah sesuai dengan situasi kondisi di lapangan. Prinsip keluwesan di sini perlu diterapkan.

3) Metoda yang akan digunakan

Metode yang akan digunakan tentunya disesuaikan dengan tujuan. Dengan era kemajuan teknologi informasi sebaiknya metode yang akan digunakan pada kegiatan penyuluhan menyesuaikan dengan perkembangan informasi teknologi.

Terdapat beberapa keuntungan penggunaan aplikasi digital dalam pelayanan kesehatan masyarakat di era digital saat ini. Aplikasi digital juga telah mampu menginovasi kerja bidang kedokteran dan kesehatan dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat tentang kesehatan (Ernawati et al., 2022).

Inovasi baru aplikasi dalam bidang kesehatan yaitu aplikasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Aplikasi yang dapat digunakan oleh stakeholder untuk membuat perencanaan program PHBS lebih baik dan aplikasi juga dapat digunakan sebagai media edukasi PHBS kepada masyarakat (Tundjungsari, 2020).

Aplikasi dalam bidang Demam Berdarah Dengue (DBD) telah banyak dikembangkan oleh beberapa negara. Dukungan aplikasi yang dikembangkan oleh para peneliti dan stakeholder beberapa negara terbukti mampu digunakan dan mempermudah tugas edukasi ke masyarakat luas (Ernawati, Azahra, *et al.*, 2021).

4) Tugas dan tanggung-jawab masing-masing pihak yang terkait (termasuk tenaga sukarela)

Tugas dan tanggung jawab semua pihak yang terlibat harus dituliskan secara jelas dan rinci. Sehingga tidak ada kemungkinan terjadi salah paham antara penyuluh, panitia, dan tenaga sukarela yang membantu pada saat pelaksanaan kegiatan.

5) Ukuran-ukuran yang digunakan untuk evaluasi kegiatannya.

Evaluasi menjadi bagian terpenting untuk melihat apakah kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan berhasil atau tidak. Evaluasi akan dapat dilakukan jika pada awal sebelum pelaksanaan kegiatan ditetapkan target yang ingin dicapai. Oleh karenanya, semua pihak yang terlibat harus menyepakati terlebih dahulu target apa yang ingin dicapai, alat untuk pelaksanaan evaluasi, dan cara melakukan evaluasi.

Target sebuah kegiatan penyuluhan kegiatan yang utama tentunya adalah peningkatan pengetahuan. Pencanangan target juga harus logis dan ada landasan ilmiah. Oleh karenanya perlu pelaksana program menelaah artikel-artikel ilmiah tentang kegiatan penyuluhan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh para akademisi. Selain itu, penetapan target juga dengan pertimbangan masukan dari tokoh masyarakat, tokoh agama atau pemangku kepentingan di lokasi kegiatan.

7. Proses yang berkelanjutan

Proses yang berkelanjutan tergantung dari saat perumusan masalah, pemecahan masalah, hingga tindak lanjut setelah kegiatan penyuluhan dilaksanakan. Kesenambungan antara tahapan kegiatan juga menjadi faktor yang mempengaruhi proses berkelanjutan. Hal yang juga perlu mendapat perhatian adalah jika terdapat perubahan-perubahan rencana maka perubahan tersebut tetap harus mengacu pada permasalahan yang ada pada sasaran kegiatan.

Jaminan keberlanjutan suatu kegiatan banyak faktor yang mempengaruhinya. Dari beberapa studi yang pernah dilakukan, adanya political will stakeholder setempat sangat berpengaruh terhadap keberlanjutan suatu program. Oleh karenanya kegiatan advokasi

menjadi hal yang tidak terpisahkan dengan program edukasi kepada masyarakat.

6) Merupakan proses belajar dan mengajar

Semua pihak yang terlibat dalam perumusan, pelaksanaan, dan evaluasi program perlu mendapat kesempatan “belajar” dan “mengajar”. Hal ini berarti bahwa masyarakat harus dimotivasi dan ditunjukkan caranya serta diberikan kesempatan untuk belajar mengumpulkan fakta dan keadaan. Kemudian masyarakat juga diberikan kesempatan untuk merumuskan masalah dan mencari tahu cara pemecahan masalahnya. Sedangkan dari pihak penyuluh dan pelaksana kegiatan lain termasuk aparat pemerintah, harus mampu memanfaatkan kesempatan tersebut sebagai upaya belajar dari pengalaman masyarakat setempat.

7) Merupakan proses koordinasi

Koordinasi diperlukan tidak hanya pada saat kegiatan penyuluhan tetapi juga sebelum kegiatan penyuluhan. Sebelum pelaksanaan penyuluhan maka kegiatan koordinasi diperlukan dari penentuan rumusan masalah, tujuan, serta cara mencapai tujuan. Koordinasi dilakukan dengan semua pihak yang ada di lokasi kegiatan baik dari unsur pemerintah, swasta maupun masyarakat. Selain mendengarkan pendapat semua pihak, koordinasi juga diperlukan agar keterlibatan pihak-pihak yang terkait dengan tema penyuluhan dapat berpartisipasi aktif untuk menyukseskan kegiatan. Sedangkan koordinasi ketika pelaksanaan kegiatan diperlukan agar tujuan kegiatan dapat tercapai sebagaimana yang diharapkan.

8) Memberikan kesempatan evaluasi proses dan hasilnya

Evaluasi adalah suatu tahapan yang dapat disimpulkan sebagai proses berkelanjutan dan terkait dengan perencanaan suatu program. Oleh sebab itu, perencanaan kegiatan penyuluhan juga harus melakukan

pelaksanaan evaluasi baik terhadap proses maupun hasilnya.

Evaluasi yang telah dijelaskan adalah evaluasi kegiatan penyuluhan. Yang tak kalah pentingnya adalah evaluasi secara keseluruhan kegiatan baik dari pra, saat, dan pasca kegiatan. Apakah semua tahapan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan harapan ataukah tidak. Jika tidak, maka perlu dilakukan analisis untuk mencari sumber masalah dan cara penyelesaiannya. Sehingga jika ada kegiatan serupa yang akan datang, kesalahan yang sama dapat dihindari.

7.3 Penutup

Perencanaan kegiatan penyuluhan kesehatan merupakan pedoman bagi pelaksana kegiatan penyuluhan, serta memberikan arah jika di tengah pelaksanaan kegiatan ditemui hambatan maka dapat dengan cepat dicarikan penyelesaiannya. Tim pelaksana kegiatan penyuluhan pada tahap penyusunan perencanaan harus mampu mengenali adanya peluang, tantangan, hambatan dan kebutuhan masyarakat yang menjadi sasaran kegiatan.

Agar penyuluhan kesehatan dapat berjalan secara efektif dan efisien, perlu dilakukan identifikasi sumberdaya sasaran yang meliputi sumber daya manusia, sarpras, dan kelembagaan. Juga tak kalah pentingnya adalah identifikasi program-program yang pernah dijalankan, sedang, atau baru tahap rencana dan akan dilaksanakan oleh pemerintah, swasta maupun masyarakat di lokasi kegiatan. Data hasil identifikasi tersebut diperlukan dalam rangka penyusunan rencana penyelenggaraan penyuluhan kesehatan yang lebih komprehensif dengan mempertimbangkan seluruh sumberdaya yang tersedia.

DAFTAR PUSTAKA

- Blum, H. L., & Knollmueller, R. N (1975) 'Planning for health; development and application of social change theory', *LWW*, 75(8), p. 1388.
- Ernawati, K. *et al.* (2018) 'Peningkatan pengetahuan tentang program demam berdarah komunitas pada ibu rumah tangga : hasil dari satu-hari penyuluhan kerja sama antara perguruan tinggi dan masyarakat di Jakarta Pusat', *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34(5), pp. 212–217.
- Ernawati, K., *et al.* "Pelatihan Teknik Komunikasi bagi Kader Jumantik." *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)* 6.3: 150-154. <https://doi.org/10.22146/jpkm.46635>
- Ernawati, K. *et al.* (2020) 'Risk Factor Analysis of Community Behavior in the Eradication of Mosquito Nests in Urban and Rural Areas', in, pp. 49–55. doi: 10.2991/ahsr.k.200215.010.
- Ernawati, K., Nadhifah, Q., *et al.* (2021) 'Relationship of knowledge and attitude with food handling practices: A systematic review', *International Journal of Public Health Science*, 10(2), pp. 336–347. doi: 10.11591/ijphs.v10i2.20665.
- Ernawati, K., Azahra, H., *et al.* (2021) 'The Utilization of Mobile-Based Information Technology in the Management of Dengue Fever in the Community Year 2019-2020: Systematic Review', *International Journal of Current Research and Review*, 13(18), pp. 94–105. doi: 10.31782/ijcrr.2021.131806.
- Ernawati, K., Nugroho, B. S., *et al.* (2022) 'Advantages of Digital Applications in Public Health Services on Automation Era', *International journal of health sciences*, 6(1), pp. 174–186. doi: 10.53730/ijhs.v6n1.3684.
- Ernawati, K., Yusnita, Y., *et al.* (2022) 'Counseling on homes and healthy lifestyles for Baduta Mothers in the stunting locus area', *Abdimas: Jurnal Pengabdian Masyarakat Universitas Merdeka Malang*, 7(1), pp. 182–189. doi: 10.26905/abdimas.v7i1.6259.
- Ernawati, K, *et al.* (2021) 'Community knowledge, attitudes and

behaviors in prevention of COVID-19 transmission: A systematic review'. *International Journal of Public Health Science* 10.1 (2021): 16-26. <http://doi.org/10.11591/ijphs.v10i1.20664>

Kholis Ernawati, Rifqatussa'adah, Rifda Wulansari, Ndaru Andri Damayanti, Titiek Djannatun (2018) 'Health education on transmission prevention and use of masks in families with tuberculosis patient: experience from Johar Baru , Central Jakarta', *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34(January), pp. 44-49.

Kholis Ernawati, Yusnita, Citra Dewi, Fathul Jannah, Sophianita (2018) 'Peningkatan pengetahuan tentang program demam berdarah komunitas pada ibu rumah tangga : hasil dari satu-hari penyuluhan kerja sama antara perguruan tinggi dan masyarakat di Jakarta Pusat', *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34(5), pp. 212-217.

Lawrence W. Green (1984) 'Modifying and Developing Health Behavior', *Annual review of public health*, 5, p. 215.

Mardhiyah, D. *et al.* (2021) 'Counseling of Infectious Diseases Related to Stunting and Its Prevention in Koroncong Village , Keroncong District , Pandeglang Regency , Banten Province', 8(2), pp. 71-79.

Notoatmodjo, S. (2014) 'Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku', *Jakarta: Rineka Cipta*.

Susanna, D. *et al.* (2019) 'sismantik : siswa pemantau jentik sekolah dasar dalam upaya penurunan kasus demam berdarah dengue (DBD)', *Jurnal Pengabdian Kepada masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, 5(2), pp. 188-199.

Susanna, D. *et al.* (2020) 'The Influence of Training on the Knowledge Level of Larva Monitoring Students in Three Elementary Schools in Kutaraja District, Banda Aceh', 31(Ismophs 2019), pp. 207-210. doi: 10.2991/ahsr.k.201203.039.

Tundjungsari, V., Ernawati, K. and Mutia, N. (2020) 'Public Health

Surveillance to Promote Clean and Healthy Life Behaviours Using Big Data Approach (An Indonesian Case Study)', in *Lecture Notes in Networks and Systems*, pp. 761–775. doi: 10.1007/978-3-030-23162-0_69.

Yustina, I. (2003) *Perencanaan Program Penyuluhan*. Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Medan.

BAB 8

METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Oleh Wiwiek Mulyani

8.1 Metode Promosi kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2014) Promosi/pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses dimana proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan promosi, yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping faktor masukannya sendiri juga faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu/media untuk menyampaikan pesan. Faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran pendidikan) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran, demikian alat bantu dan metode disesuaikan.

Dibawah ini akan diuraikan beberapa metode promosi atau pendidikan individual, kelompok dan masa (publik).

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:

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. 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.

b. 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 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 menggunkan dadu, gaco (petunjuk arah), selain bebaran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagainya lagi berperan sebagai nara sumber.

c. 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:

1) Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada HKN,

- menteri kesehatan atau pejabat menyampaikan pesan-pesan kesehatan.
- 2) Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronika, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan masa.
 - 3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan masa.
 - 4) 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.
 - 5) *Bill Board*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

8.2 MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Media Promosi Kesehatan adalah sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika (TV, Radio, komputer, dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan.

1. Tujuan media promosi kesehatan
 - a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
 - b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
 - c. Dapat memperjelas informasi
 - d. Media dapat mempermudah pengertian
 - e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
 - f. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
 - g. Memperlancar komunikasi, dan lain-lain

2. Penggolongan media promosi kesehatan
 - a. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya
Berdasarkan penggunaan media promosi dalam rangka promosi kesehatan, dibedakan:
 1. Bahan bacaan: modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah, buletin, dan sebagainya.
 2. Bahan peragaan: poster tunggal, poster seri, flipchart, transparan, slide, film, dan seterusnya.
 - b. Berdasarkan cara produksi:
 - 1) Berdasarkan cara produksi, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi : Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Adapun macam- macamnya adalah:
 - a) Poster
 - b) Leaflet
 - c) Brosur
 - d) Majalah
 - e) Surat kabar
 - f) Lembar balik
 - g) Stiker, dan pamlet.
 - 2) Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan- pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media

cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur.

Kelebihan dan kelemahan media cetak

a) Kelebihannya:

- 1) Tahan lama
- 2) Mencakup banyak orang
- 3) Biaya tidak tinggi
- 4) Dapat dibawa kemana – mana
- 5) Dapat mengungkit rasa keindahan
- 6) Mempermudah pemahaman
- 7) Meningkatkan gairah belajar

b) Kelemahan:

- 1) Media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak
- 2) Mudah terlipat
- 3) Media elektronika, yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam penyampian pesannya melalui alat bantu elektronika. Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, kaset, CD, VCD. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik

dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Kelebihan dan kelemahan media elektronika

a) Kelebihannya:

- 1) Sudah dikenal masyarakat
- 2) Mengikutsertakan semua panca indra
- 3) Lebih mudah dipahami
- 4) Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak
- 5) Bertatap muka
- 6) Penyajian dapat dikendalikan
- 7) Jangkauan relatif lebih besar
- 8) Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang.

b) Kelemahannya:

- 1) Biaya lebih tinggi
- 2) Sedikit rumit
- 3) Perlu listrik
- 4) perlu alat canggih untuk produksinya
- 5) Perlu persiapan matang
- 6) Peralatan selalu berkembang dan berubah
- 7) Perlu ketrampilan penyimpanan
- 8) Perlu terampil dalam pengoperasian

- 4) Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat

canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya. Misalnya:

- a) Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di perjalanan.
- b) Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat di atas secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategi agar dapat dilihat oleh semua orang.
- c) Pameran
- d) *Banner*
- e) TV layar lebar

Kelebihan dan kelemahan media luar ruang

- a) Kelebihannya:
 - 1) Sebagai informasi umum dan hiburan
 - 2) Mengikuti sertakan semua panca indra
 - 3) Lebih mudah dipahami
 - 4) Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak
 - 5) Bertatap muka
 - 6) Penyajian dapat dikendalikan
 - 7) Jangkauan relatif lebih besar
- b) Kelemahannya:
 - 1) Biaya lebih tinggi
 - 2) Sedikit rumit
 - 3) Ada yang memerlukan listrik
 - 4) Ada yang memerlukan alat canggih untuk produksinya
 - 5) Perlu persiapan matang
 - 6) Peralatan selalu berkembang dan berubah
 - 7) Perlu ketrampilan dalam pengoperasian

8.3 Alat Bantu Promosi Kesehatan

1. Pengertian

Alat bantu promosi kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh penyuluh dalam menyampaikan. Alat bantu ini sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses promosi kesehatan. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi (Notoatmodjo, 2014).

Pada garis besarnya ada 3 macam alat bantu promosi kesehatan yaitu (Notoatmodjo, 2014):

a) Alat bantu lihat

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasikan inderamata pada waktu terjadinya promosi kesehatan. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan misalnya slide, film dan alat yang tidak diproyeksikan misalnya dua dimensi, tiga dimensi, gambar peta, bagan, bola dunia, boneka dan lain-lain.

b) Alat bantu dengar

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indera pendengar, pada waktu proses penyampaian bahan promosi kesehatan misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain.

c) Alat bantu lihat-dengar

Alat ini berguna dalam menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses promosi kesehatan, misalnya televisi, video kaset dan lain-lain.

Sebelum membuat alat-alat peraga kita harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling tepat untuk digunakan dalam promosi kesehatan.

Untuk itu perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Tujuan yang hendak dicapai
 - a) Tujuan pendidikan adalah mengubah pengetahuan atau pengertian, pendapat dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku atau kebiasaan yang baru.
 - b) Tujuan penggunaan alat peraga adalah sebagai alat bantu dalam latihan atau penataran atau promosi kesehatan, untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah, mengingatkan suatu pesan atau informasi dan menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan.

- 2) Persiapan penggunaan alat peraga
Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z, *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan* (Jakarta:Trans Info Media, 2011)
- Departemen Kesehatan RI, *Panduan Integrasi Promosi Kesehatan Dalam Program Kesehatan di Kabupaten/Kota* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2006)
- , *Panduan Penggunaan Media Penyuluhan* (Jakarta: Dirjen PPM dan PL Departemen Kesehatan RI, 2003)
- Departemen Kesehatan RI, *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2005)
- Fitriani, Sinta, *Promosi Kesehatan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011)
- Notoatmodjo, Soekidjo, *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya* (Jakarta: Rineka Cipta,2014)
- Siregar, Putra Apriadi, *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi*, Edisi Pert (Jakarta: PT. Kencana, 2020)
- Susilowati, Dwi, *Promosi Kesehatan(Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan)*, Cetakan pe (Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan., 2016)

BAB 9

PENDEKATAN EDUKATIF DALAM PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN

Oleh Dirhan

9.1 Pendahuluan

Pembangunan sumber daya manusia bidang kesehatan adalah membangun kesadaran masyarakat agar mau, mampu mandiri menuju derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Arah pembangunan kesehatan ini dirumuskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Derajat kesehatan masyarakat merupakan tolak ukur yang digunakan dalam pencapaian keberhasilan program dengan berbagai upaya berkesinambungan, terpadu dan lintas sektor dalam rangka pelaksanaan kebijakan pembangunan di bidang kesehatan. Derajat kesehatan masyarakat dimaksud adalah meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi, ibu dan anak, menurunnya angka kesakitan maupun angka kecacatan dan ketergantungan serta meningkatnya status gizi masyarakat (Beaglehola, 2003).

Dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan yaitu advokasi dimana individu, masyarakat dan kelompok organisasi yang peduli akan kesehatan masyarakat berinteraksi dengan pihak eksekutif atau pejabat untuk bernegosiasi. Materi negosiasi fokus kepada permasalahan yang muncul atau kemungkinan terjadi di masyarakat.

Disamping itu agar upaya pendekatan advokasi terhadap

pejabat pemerintah dapat terlaksana dengan baik maka diperlukan dukungan sosial dari masyarakat itu sendiri seperti tokoh agama, tokoh masyarakat dan lembaga sosial masyarakat (LSM) yang peduli akan kesehatan masyarakat.

Kompleksitas masalah kesehatan menyebabkan penanganan masalah kesehatan tidak bisa hanya ditangani secara mono -sektoral, atau hanya oleh pihak pemerintah saja. Tujuan pembangunan kesehatan yang dijabarkan dalam Sistem Kesehatan Nasional jelas menyebutkan bahwa yang ingin dicapai bukan sekedar meningkatkan derajat kesehatan saja, tetapi meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat. Ini berarti peranserta masyarakat dalam arti luas harus ditumbuhkan dan ditingkatkan.

Langkah berikutnya dalam mewujudkan derajat kesehatan adalah dengan melakukan pemberdayaan kepada masyarakat. Masyarakat diajak untuk bersama-sama memecahkan permasalahan kesehatan yang terjadi. Masyarakat diharapkan dapat selalu berpartisipasi dalam berbagai kegiatan. Dengan demikian akan muncul kesadaran dari masyarakat untuk berupaya secara mandiri mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi diwilayah mereka. Apabila kemandirian masyarakat dapat berlangsung secara terus menerus maka derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud.

9.2 PENDEKATAN EDUKATIF

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diperlukan suatu pendekatan. Pendekatan yang dilakukan dalam rangka mewujudkan pembangunan bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup masyarakat adalah dengan pendekatan edukatif dalam pemberdayaan masyarakat dapat berperan sebagai stimulan agar potensi yang dimiliki dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan menangani masalah kesehatan secara mandiri (Notoatmodjo, 2012). Pendekatan yang baik dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang maksimal melalui promosi kesehatan. WHO telah merumuskan suatu strategi melalui 3 pendekatan, yaitu

Advocacy (advokasi), *Social Support* (dukungan sosial) dan *empowerment* (pemberdayaan masyarakat).

9.2.1 *Advocacy* (advokasi),

Pada pendekatan advokasi adalah upaya yang dilakukan pada suatu sasaran yang kita inginkan agar sasaran yakin dengan kita dan dapat memberikan solusi terhadap suatu permasalahan kesehatan yang ditawarkan. Kelompok sasaran yang kita maksudkan adalah ditujukan kepada mereka yang berwenang dalam menentukan arah pembangunan bidang kesehatan. Mereka yang termasuk dalam kelompok ini adalah pemerintah melalui kementerian bidang kesehatan, kepala dinas, hingga mereka yang menduduki kepala-kepala unit teknis.

Upaya pendekatan di atas tidak hanya secara struktural dari atas ke bawah (*topdown*) dan dari bawah ke atas (*butten up*) tapi juga secara horizontal dan lintas sektor. Harapan kita bahwa pemerintah atau pejabat mau memberikan dukungan profesional pada program kesehatan yang ditawarkan. Ditujukan kepada mereka karena pejabat pemerintah dapat menentukan arah pembangunan bidang kesehatan yang termuat dalam suatu surat keputusan, Keputusan dan instruksi mereka menjadi dasar pelaksanaan program dan masyarakat dimana di dalam keputusannya mampu memberikan arah kebijakan – kebijakan, undang - undang, dan peraturan pemerintah,

Disamping itu kewenangan khusus yang diterima para pejabat struktural di bawahnya, mejadi dasar kewenangannya untuk mengurai kebijakan atasannya. Advokasi ini tidak hanya fokus pada pemerintah atau lembaga eksekutif tetapi advokasi juga dapat dilakukan pada lembaga legislative. Kegiatan advokasi dapat dilakukan dalam bermacam-macam bentuk; lobi pada pejabat, dan dialog pada tingkat pelaksana teknis, misalnya puskesmas, dan pihak-pihak yang peduli dengan permasalahan kesehatan. Pendekatan advokasi juga dapat dilakukan pendekatan seecara formal maupun kekeluargaan.

Secara formal misalnya dengan mengadakan presentasi di suatu pertemuan, seminar tentang permasalahan kesehatan, atau

usulan program kesehatan dengan mengundang dari para pejabat yang terkait. Sedangkan melalui pendekatan secara kekeluargaan, misalnya melalui komunikasi informal, pembicaraan antar individu atau beberapa orang yang sudah mengenal dan dikenal pejabat. Jadi kegiatan yang menjadi sasaran advokasi ini adalah para pejabat baik eksekutif maupun legislatif, di berbagai tingkat dan sektor sesuai dengan luas wilayah dan dampak dari permasalahan kesehatan yang sedang terjadi.

Pada area level puskesmas dan desa pendekatan yang dapat dilakukan adalah pertemuan petugas kesehatan bersama perangkat desa beserta tokoh masyarakat yang secara khusus membicarakan permasalahan kesehatan yang sedang dan atau kemungkinan akan terjadi di area mereka. Adakan diskusi yang mendalam hingga mampu menghasilkan rumusan program solusi dalam memecahkan masalah kesehatan yang muncul.

9.2.2 Social Support (dukungan sosial)

Untuk mencari dukungan sosial pada masyarakat secara individu atau melalui tokoh-tokoh masyarakat yang dituakan, bisa tokoh masyarakat yang dipilih masyarakat atau tokoh masyarakat informal yang disegani, organisasi social yang peduli dengan kesehatan (LSM).

Tokoh tokoh masyarakat seperti ini dianggap mampu menjadi penengah dalam mengelola program kesehatan dari petugas pelaksana program dengan masyarakat sebagai sasaran program kesehatan. Kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat yang dituakan dan tokoh masyarakat informal yang disegani merupakan salah satu cara memanfaatkan mereka dalam mensosialisasikan rencana program kesehatan, agar masyarakat mau menerima, mampu dan ikut berpartisipasi terhadap program kesehatan yang ada.

Keterlibatan tokoh masyarakat yang dituakan dan tokoh masyarakat informal yang disegani di atas bisa dilakukan dengan cara mengikutsertakan mereka pada pelatihan, seminar, lokakarya, dan pengkaderan dalam penanggulangan masalah

kesehatan.

9.2.3 Empowerment (Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan merupakan pendekatan promosi kesehatan langsung kepada masyarakat yang menjadi sasaran. Pemberdayaan dimaksudkan untuk mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Harapan bahwa kemandirian sebagai individu akan mampu mempengaruhi kemandirian kesehatan di dalam keluarga dan selanjutnya akan mempengaruhi kemandirian masyarakat yang lebih luas dimulai dari lingkungan rukun tetangga, rukun warga masyarakat dan seterusnya.

Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain: promosi kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat seperti, misalnya mengajak masyarakat untuk ikut serta dalam keanggotaan koperasi, pelatihan-pelatihan dan kegiatan-kegiatan sosial kemasyarakatan. Dalam proses di setiap item kegiatan selalu diselipkan upaya pengelolaan permasalahan kesehatan. Mereka diajak dan diberikan pengetahuan, pemahaman, menunjukkan arah pengobatan apabila ada yang sakit atau terkena penyakit, sejumlah alternative pencegahan dan upaya rehabilitative bagi mereka terdampak.

Partisipasi masyarakat seperti ini akan membawa mereka menjadi seorang individu atau kelompok masyarakat yang "mandiri" karena disamping dapat meningkatkan kemampuan pengetahuan, pemahaman dan menemukan upaya pencegahan kemungkinan sakit dan terkena penyakit mereka juga dapat pengalaman dalam hal pengelolaan ekonomi keluarga dan lebih jauh diharapkan akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya: terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya. Kegiatan-kegiatan semacam ini di masyarakat boleh kita sebut dengan "gerakan masyarakat sehat". Kegiatan pemberdayaan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan

masyarakat secara langsung merupakan sasaran utama pemberdayaan masyarakat.

9.2 Derajat kesehatan.

Derajat kesehatan merupakan sebuah konsep yang menurut Hendrik L. Blum dalam Nasrul Effendy (1998) dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik.

9.3.1 Lingkungan (*Environment*)

Kesehatan lingkungan mencakup aspek yang sangat luas yang meliputi hampir seluruh aspek kehidupan manusia. Pentingnya lingkungan yang sehat akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia. Ruang lingkup kesehatan lingkungan meliputi Nasrul Effendy (1998) Masalah perumahan, Pembuangan kotoran manusia (tinja), Penyediaan air bersih.

1. Masalah perumahan. Rumah bagi manusia adalah sebagai tempat untuk melepaskan lelah, beristirahat setelah melaksanakan kewajiban sehari-hari, sebagai tempat untuk benteng dari ancaman bahaya. Karena itu rumah yang baik harus memenuhi syarat-syarat kesehatan, seperti udara yang masuk harus lancar, bersih dan dengan tingkat kelembaban yang baik, sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah, jauh dari pembuangan sampah, limbah, dan terhindar dari kebisingan.
2. Pembuangan kotoran manusia (tinja). Semua zat atau benda sisa serapan tubuh manusia yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh. Pembuangan tinja dari seseorang harus dikeluarkan pada tempat yang aman, dalam arti tidak akan memberikan efek kesehatan negative bagi dirinya dan orang lain disekitarnya. Tempat pembuangan tinja disebut dengan toilet atau wc (*water close*). Toilet yang baik akan memenuhi persyaratan kesehatan, diantaranya tertutup, bersih dan tidak berbau serta udara yang ada di dalamnya dikeluarkan pada tempat tertentu yang tidak terjangkau dengan aktivitas orang-orang yang ada disekitarnya.

3. Penyediaan air bersih. Penyediaan air bersih untuk keluarga dan masyarakat merupakan suatu keharusan, Karena setiap manusia termasuk ternak atau hewan yang hidup bersama manusia selalu membutuhkan air bersih. Air yang bersih tidak berbau tidak berwarna.

Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia) misalnya sampah, air, udara dan perumahan, dan sosiokultur (kegiatan ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Lingkungan fisik turut memberikan sumbangsi pada kesehatan manusia dan makhluk lainnya di area yang sama. Misalnya Air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Ketersediaan air yang berkualitas baik yaitu air yang bersih, tidak berbau, dan berminyak pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan.

Kualitas sanitasi lingkungan yang baik dapat memberikan pengaruh positif pada kehidupan dimana manusia itu berada. Sebaliknya lingkungan sanitasi yang kurang baik dapat memicu timbulnya berbagai macam penyakit. Lingkungan sosial berkaitan dengan kegiatan perekonomian, pendidikan, dan juga perkantoran dan aktivitas sosial dalam lingkungan tetangga dan warga pada suatu masyarakat juga turut menentukan derajat kesehatan mereka yang beraktivitas, tinggal dan berinteraksi.

Kondisi status sosial masyarakat juga ikut mempengaruhi kesehatan individu, keluarga maupun masyarakat. Semakin miskin individu atau kelompok masyarakat maka akan sulit pula bagi mereka untuk memenuhi kebutuhan makanan dengan gizi yang baik dengan demikian untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik akan semakin sulit. Tingkat pendidikan individu atau kelompok masyarakat juga turut menentukan perilaku hidup yang bersih dan sehat.

9.3.2 Perilaku

Perilaku merupakan salah satu faktor yang ikut mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, karena sehat tidaknya lingkungan individu, keluarga dan masyarakat sangat

tergantung pada perilaku manusia itu sendiri, selain itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonom dan perilaku-prilaku lain yang melekat pada dirinya (Nasrul, 1998).

Perilaku yang dimaksudkan adalah perilaku hidup sehat. Jadi segala kegiatan yang dilakukan harus menjalankan perilaku hidup yang bersih dan sehat. Kesadaran individu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat akan dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Menurut Notoadmodjo (2007) Perilaku hidup sehat adalah salah satu peran penting dan berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan masyarakat. Perilaku hidup sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya individu untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatannya,

Menurut Becker (1979) dalam Notoadmodjo (2007), mengklasifikasikan gaya hidup sehat yaitu olah raga teratur, tidak merokok, makan dengan menu seimbang, tidak minum minuman keras dan narkoba, mengendalikan stres, istirahat cukup, dan berperilaku hidup positif bagi kesehatan. Untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat bagi individu itu sendiri, keluarga dan masyarakat adalah atas kesadarannya berupaya untuk mendapatkan pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang datangnya permasalahan kesehatan, fasilitas kesehatan dan berupaya mencari rujukan panutan kesehatan seperti tokoh masyarakat, dan penuh kesadaran untuk mengaplikasikannya.

Menurut Lawrence Green pada teorinya dalam Notoadmodjo (2005) bahwa perilaku manusia ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu; 1. Faktor Predisposisi (*disposing factors*) 2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*). 3. Faktor penguat (*Reinforcing factor*). Yang secara matematis dirumuskan sbb; $B = (Pf, Ef, Rf)$, dimana (B= Behavior, F=fungsi, Pf= predisposing faktor, Ef = enabling factors, dan Rf = Reinforcing faktor).

1. (Pf) Predisposisi (disposing factors)

Predisposisi (*disposing factors*) merupakan faktor yang dapat mempermudah orang secara sadar mau dan mampu untuk melakukan kegiatan hidup bersih dan sehat atas

pengetahuan, sikap, keyakinan dan kepercayaannya pada permasalahan kesehatan dirinya sendiri (hygienitas) seperti bersih di seluruh organ tubuhnya, bersih makanan, bersih pakaian bersih minuman, olahraga teratur, dan bersih lingkungan tempat tinggal. Apabila hal ini dilakukan secara rutin maka akan dapat meningkatkan derajat kesehatannya individu, keluarga dan masyarakat.

2. (Ef) *Enabling factors*

Enabling merupakan faktor yang memungkinkan orang secara sadar mau dan mampu untuk mengadakan, membuat sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan misalnya adanya rumah sakit, Puskesmas, klinik dan praktek dokter, jalan dan jarak menuju lokasi puskesmas, ketersediaan tenaga medis seperti dokter dan sara kesehatan yang ada di dalamnya, diantaranya peralatan medis, kursi pasien, wc, dan saluran limbah.

Fasilitas-fasilitas tersebut akan memungkinkan orang untuk memeriksakan kesehatannya. Jadi penggunaan fasilitas sesuai dengan kebutuhan akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

3. (Rf) (*Reinforcing factor*)

Reinforssing faktor merupakan faktor yang dapat memberikan dorongan atau memperkuat orang secara sadar untuk mau dan mampu melakukan kegiatan hidup bersih dan sehat di dalam kehidupannya sehari-hari. Faktor pendorong sosok manusia yang dapat menjadi panutan bagi mereka yang tinggal atau bekerja misalnya tokoh masyarakat, tokoh agama dan tenaga professional. Mereka menjadi contoh, model bagi masyarakat disekelilingnya terutama dalam hal perilaku hidup bersih dan sehat.

9.3.3 Pelayanan kesehatan

Individu apabila menderita penyakit atau merasakan suatu kelainan pada bagian tubuhnya akan berusaha dan bertindak untuk mengetahui penyebab dan upaya

penyembuhan serta langkah-langkah pencegahan. Banyak upaya untuk melakukannya, antara lain dengan cara mencari pengobatan modern maupun tradisional atau alternatif.

Pengobatan moderen ke pelayanan kesehatan yang tersedia baik milik pemerintah maupun swasta, seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan praktek dokter. Pengobatan tradisional adalah pengobatan yang dilakukan dukun profesional atau ahli pengobatan alternative. Tindakan pencarian pengobatan oleh individu erat kaitannya dengan persepsi individu tentang pelayanan kesehatan tersebut. Apabila persepsi individu terhadap pelayanan kesehatan yang ada itu baik maka dia akan memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut dan dengan segera berkonsultasi sakitnya. Selain itu, masyarakat diharapkan dapat mengakses berbagai jenis pelayanan kesehatan secara adil, merata dan terjamin kualitasnya juga menjadi atensi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. (Setiyabudi, 2007)

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan beraneka ragam karena semua ini di tentukan oleh: 1. Pengorganisasian pelayanan, yaitu apakah dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi, tergantung pada fasilitas pelayanan. 2. Ruang lingkup kegiatan, yaitu apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya. 3. Sasaran pelayanan kesehatan, yaitu apakah untuk perseorangan, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan (Tri,2013).

Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan tergantung pada penyakit dan permasalahan kesehatan di masyarakat. Kesehatan adalah sesuatu kebutuhan yang harus dipenuhi oleh setiap orang. Karena itu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik maka banyak hal yang perlu di perhatikan

di antaranya *Departemen of health education end welfare* , USA, menguraikan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Faktor regional dan *residence*
2. Faktor dari sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan, yaitu tipe dari organisasi, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas medis, tereturnya pelayanan, hubungan antara dokter/ tenaga kesehatan lainnya dengan penderita dan adanya asuransi kesehatan
3. Faktor adanya fasilitas kesehatan
4. Faktor-faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan
5. Genetika Atau Keturunan Faktor genetik berpengaruh hanya 5 persen terhadap status kesehatan.

9.3.4 Keturunan (Heredity)

Faktor keturunan adalah faktor yang juga ikut mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Faktor keturunan merupakan faktor yang telah ada dalam tubuh manusia yang di bawa sejak lahir, seperti penyakit keturunan diabetes militus, asma bronkial dan sebagainya (Nasrul, 1998). Genetik dalam suatu keluarga biasanya di kaitkan dengan adanya kemiripan anak dengan orang tuanya dalam hal bentuk tubuh, proporsi tubuh dan percepatan perkembangan. Kemiripan ini mencerminkan pengaruh gen yang di kontribusi oleh orang tuanya kepada keturunannya secara biologis (Nasrul, 1998).

Faktor keturunan ini paling kecil pengaruhnya terhadap kesehatan perorangan atau masyarakat dibandingkan dengan faktor yang lain. Pengaruhnya pada status kesehatan perorangan terjadi secara alami dan termasuk sulit di deteksi. Untuk kepentingan kesehatan masyarakat atau keluarga, faktor genetik perlu mendapat perhatian dibidang pencegahan penyakit. Misalnya seorang anak yang lahir dari orangtua penderita diabetes melitus (DM) akan mempunyai resiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua bukan penderita DM. Untuk upaya pencegahan, anak yang lahir dari

penderita DM harus diberi tahu dan selalu mewaspadai faktor genetik yang diwariskan orangtuanya. Untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan agar tidak muncul penyakit yang diturunkan dengan cara konseling genetik lebih tepat diberikan kepada calon orangtua sebelum menikah.

Bagi anak-anak lahir dari penderita DM harus mengatur dietnya, teratur berolahraga dan upaya pencegahan lainnya sehingga tidak ada peluang faktor genetiknya berkembang menjadi faktor resiko terjadinya DM. Semakin besar penduduk yang memiliki resiko penyakit bawaan akan semakin sulit upaya meningkatkan derajat kesehatan. Hal ini merupakan tantangan bagi ilmuan dan tenaga ahli kesehatan untuk memutus mata rantai penyakit keturunan. Diharapkan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan permasalahan tersebut dapat teratasi. Upaya seperti ini dimaksudkan untuk meningkatkan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

DAFTAR PUSTAKA

- Beaglehola, R., dkk., (2003). Dasar-dasar Epidemiologi. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Boediarso, A., (2008). Sindroma Klinik Penyakit Diare. Bagian Ilmu Kesehatan
- Dwi Hapastari.,2010, pengaruh lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat terhadap status kesehatan
- Eko budianto.,2003, Pengantar epidemiologi, jakarta: EGC
- Nasrul Efendi, (1998). Dasar Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Jakarta:EGC
- Kementerian Kesehatan RI, (2020), Nomor HK.01.07/MENKES/315/2020, Standar Profesi Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
- Kementerian Kesehatan RI, (2011). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Setiyabudi, R (2007), Pengantar Gizi Masyarakat, Jurnal Gizi, diakses dari; <http://lib.ui.ac.id//2015-09/S52584>.
- Soekidjo Notoatmodjo. (2003). Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta
- Soekidjo Notoatmodjo. (2007). Promosi kesehatan dan perilaku. Jakarta : Rineka Cipta
- Soekidjo Notoatmodjo. (2012). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan, Rineka Cipta.
- Tri Rini.,(2013), pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, Jakarta.
- Undang-undang Kesehatan RI nomor 36 tahun 2009
- Word Health Organization (WHO), (1994). Community Action for Health , technical Discussion Forty Seventh Word Health Assembly.

BAB 10

PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI SETTING

Oleh Loveria Sekarrini

10.1 Pendahuluan

Program promosi kesehatan idealnya dikembangkan dengan konsep yang inspiratif dan efektif dan memberikan layanan atau program yang berbeda disesuaikan dengan setting atau kondisi yang berbeda-beda sesuai dengan kebiasaan atau gaya hidup yang berkembang dan disesuaikan dengan konteks wilayah masing-masing. Karakteristik dan kekuatan yang unik lingkungan tempat orang tinggal, belajar, bekerja, bersantai, pulih, dan ibadah dapat digunakan dalam pengajaran, pemodelan, dan mendukung perilaku kesehatan yang positif (Snelling 2014).

Meskipun pengaturannya mungkin sangat berbeda, karakteristiknya sama untuk semua program promosi kesehatan yang efektif meliputi kompetensi dan kepemimpinan yang antusias, perasaan diterima dan aman, persahabatan diantara peserta dan tim yang bertugas memberikan materi promkes, keterlibatan dan kepatuhan terhadap program dan layanan yang telah terbukti, dan menjadi ukuran keberhasilan yang mengarah pada rasa prestasi atas promosi kesehatan yang dikembangkan. Program dan pengaturan promosi kesehatan juga menawarkan peluang luar biasa bagi para profesional dan pemimpin sukarelawan untuk membuat efek positif pada kesehatan dan kesejahteraan orang lain. (Snelling 2014)

Pada bab ini akan membahas berbagai promosi kesehatan diberbagai setting mulai dari tatanan terkecil yaitu, komunitas, institusi pendidikan mulai dari tataran PAUD, TK hingga tingkat pendidikan tinggi, tempat kerja, tempat umum dan situasi kebencanaan. Mari jelajahi berbagai pengaturan dimana gaya hidup sehat dapat dikembangkan, dipromosikan, dan didukung

di berbagai *settings*.

10.2 Setting Promosi Kesehatan Pada Komunitas

Didefinisikan sebagai keluarga dan individu yang tinggal atau bekerja dalam jarak dekat dan yang berbagi layanan umum, komunitas berfungsi sebagai tempat yang sangat baik untuk promosi kesehatan. Inisiatif kesehatan masyarakat akar rumput telah terbukti sangat efektif dalam mengurangi risiko kesehatan dan mempromosikan kesehatan gaya hidup. Strategi dan program yang dikembangkan oleh organisasi nirlaba, sekolah, penyedia layanan kesehatan, dan lembaga pemerintah daerah telah membuka peluang promosi kesehatan untuk masyarakat. Adapun salah satu bentuk promosi kesehatan yang dapat dikembangkan sebagai berikut (Snelling 2014):

- Pendidikan kesehatan melalui pameran dan seminar kesehatan masyarakat
- Peluang baru untuk aktivitas fisik melalui jalan sehat komunitas, marathon atau *fun run*, pengembangan berbagai kegiatan yang mendorong aktifitas fisik diruang hijau yang diperluas seperti kegiatan teater, sendratari atau kegiatan yang meningkatkan aktifitas fisik lainnya, pengembangan jalur sepeda, dan trotoar yang lebih baik untuk para pejalan kaki
- Akses lebih mudah ke makanan sehat yang ditanam dikebun masyarakat atau dijual dipasar oleh petani lokal setempat.

Pengembangan promosi kesehatan harus menekankan upaya untuk mendorong inisiatif kesehatan masyarakat yang komprehensif yang dikembangkan dan ditawarkan oleh organisasi yang bekerja dalam kemitraan akan berkembang dan memperkuat dampak yang diinginkan dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

Organisasi nirlaba, sekolah, penyedia layanan kesehatan, dan pemerintah lembaga masing-masing membawa kekuatan unik dan saling melengkapi untuk menyediakan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif untuk menangani kesehatan masyarakat dan kesehatan. Ketika bekerja sama, organisasi-organisasi ini dapat memiliki kekuatan berdampak pada

kehidupan banyak orang. Pendanaan untuk program kesehatan masyarakat bisa sangat menantang karena sedikit inisiatif kesehatan dan kebugaran menghasilkan pendapatan dari pengguna.

10.3 Setting Promosi Kesehatan Pada Tempat Kerja

Sebagian besar kehidupan orang dewasa dikhususkan untuk bekerja di lingkungan yang profesional; dengan demikian, tempat kerja menawarkan kesempatan khusus untuk secara positif mempengaruhi kesehatan dan kebugaran. Komitmen pemberi kerja untuk berinvestasi dalam program dan aktivitas yang memperkuat kesehatan dan meminimalkan bahaya kesehatan terkait pekerjaan dapat menghasilkan hasil yang sangat baik bagi karyawan dan majikan.

Perspektif hubungan, pengusaha yang menawarkan program promosi kesehatan sering dianggap sebagai pemimpin yang peduli yang tertarik pada kesejahteraan dari pekerja mereka. Selain itu, organisasi yang berinvestasi dalam karyawan kesehatan melalui program yang terbukti akan memperkuat dasar perusahaan mereka garis. Faktanya, tinjauan penelitian menunjukkan bahwa untuk setiap \$1 yang diinvestasikan dalam kepemimpinan, program, dan fasilitas promosi kesehatan berbasis mutu, \$3 hingga \$5 akan dihemat melalui pengurangan biaya perawatan kesehatan karyawan (Linnan, 2010 dalam Snelling 2014). Di luar laba atas investasi, banyak profesional menghubungkan kesehatan dan sumber daya manusia dan mendorong lokasi kerja profesional promosi kesehatan untuk memperluas manfaat untuk kualitas hidup (Chenoweth, 2007 dalam Snelling 2014).

Seiring berjalannya waktu, terdapat perubahan metode dan alokasi waktu ditempat kerja, termasuk beragam pekerjaan penuh waktu dan jadwal kerja paruh waktu, pekerjaan jarak jauh atau daring menjadi tantangan baru untuk penyampaian program promosi kesehatan yang efektif. Promosi kesehatan tempat kerja berbasis kualitas telah beradaptasi dengan cepat

untuk sifat tempat kerja yang terus berubah dengan strategi promosi kesehatan yang solid dan penyampaian layanan yang fleksibel yang berarti bagi karyawan di tempat kerja mereka.

Menurut Snelling 2014, Terdapat sejumlah karakteristik promosi kesehatan tempat kerja yang efektif meliputi:

- a) Dukungan berkelanjutan dari pimpinan organisasi, termasuk identifikasi yang jelas tentang kesehatan dan kesejahteraan karyawan sebagai prioritas dan alokasi kepemimpinan, dana, ruang, dan sumber daya lain untuk beroperasi dan program promosi kesehatan yang efektif penciptaan budaya kesehatan yang mempromosikan kesehatan dan budaya yang meminimalkan risiko kesehatan di tempat kerja (pencegahan kecelakaan industri, perlindungan terhadap paparan lingkungan kerja yang tidak sehat dan bahan, peluang untuk istirahat aktivitas berkala bagi mereka yang memiliki pekerjaan menetap, dll.)
- b) Peluang untuk berpartisipasi dalam program dan kegiatan yang efektif seperti: olahraga, konseling gizi, berhenti merokok, manajemen stres, dan pencegahan cedera punggung bawah
- c) Sistem penilaian termasuk bimbingan oleh pelatih kesehatan untuk memastikan program yang ditargetkan yang akan mengarah pada partisipasi reguler dan hasil yang terukur
- d) Pemanfaatan teknologi, media elektronik, dan internet untuk mendidik, menginspirasi, dan memberikan umpan balik yang berkelanjutan tentang keberhasilan, sehingga meningkatkan kepatuhan program
- e) Sistem insentif di mana partisipasi dihargai oleh pengakuan yang berarti atau cara lain yang lebih nyata seperti pengurangan premi asuransi kesehatan

Dalam pengembangan promosi kesehatan di tempat kerja, seorang promotor kesehatan hendaknya memahami prinsip bagaimana kaitannya antara masalah kesehatan pekerja dengan dampak terhadap produktifitas kerja pegawai dan perusahaan sebagai berikut:



Gambar 3. Mekanisme keterkaitan kesehatan, produktifitas dan profit. Sumber: (O'Donnel 2017)

Pada gambar 3 terlihat bahwa produktifitas sebuah perusahaan dipengaruhi oleh 2 hal utama yaitu profit dan juga *human performance*. Profit sendiri dipengaruhi oleh banyak hal yang juga berkaitan dengan *human performance*. Profit akan dapat berkurang atau bertambah dipengaruhi oleh risiko kesehatan, masalah penyalahgunaan zat tertentu dan juga masalah penyakit lainnya serta didukung oleh masalah kesehatan fisik dan emosional. Seluruh masalah penyakit ini akan berkaitan erat dengan presensi kehadiran setiap pekerja yang tentunya akan berpengaruh terhadap masalah performa dari setiap pekerja dan juga akan juga berdampak pada masalah management produksi atau layanan atau struktur yang ada di perusahaan tersebut. Untuk itu, pengembangan promosi kesehatan di perusahaan haruslah mendapatkan perhatian khusus oleh perusahaan.

10.4 Setting Promosi Kesehatan Pada Institusi Pendidikan

Karakteristik setiap insituti pendidikan akan berbeda-beda dan perlu dilakukan penyesuaian jenjang pendidikan. Adapun gambaran karateristik promosi kesehatan pada *setting* institusi pendidikan sebagai berikut:

1. Pusat Pendidikan untuk PAUD dan Taman Kanak-Kanak

Sebagian besar perkembangan individu terjadi pada tahun-tahun awal kehidupan. Membangun ikatan dengan orang yang dicintai, belajar cara untuk bersosialisasi dengan anak-anak lain, dan mengembangkan keterampilan belajar adalah ciri-ciri tumbuh kembang yang sehat pada anak usia dini. Selain dirumah, upaya untuk membantu tumbuh kembang dan proses belajar juga dilakukan diberbagai tempat mulai dari tempat penitipan anak atau *day care* atau dilakukan di PAUD atau Taman Kanak-kanak (TK). Di tempat tempat tersebut, banyak hal yang juga dapat dikembangkan dan dapat menjadi tempat yang baik untuk belajar dan mengajar, mengembangkan model atau membentuk karakteristik hidup sehat, dan memberikan kesempatan untuk kegiatan sehat serta membangun kebiasaan positif sedini mungkin.

Karakteristik program anak usia dini pada komponen promosi kesehatan yang sangat baik meliputi:

- Validasi status kesehatan anak sebelum memasuki program di *day care*, PAUD atau TK, termasuk memastikan riwayat kesehatan dan imunisasi yang tepat
- Kepemimpinan dari anggota staf yang mengajar dan menjadi teladan kesehatan yang positif perilaku termasuk kebersihan dan keamanan yang tepat
- Peluang bermain dan melakukan berbagai aktifitas fisik yang positif dan menyehatkan yang tertanam sejak dini dan dapat menjadi pengalaman baik dalam program anak usia dini
- Menyajikan makanan sehat yang menarik untuk anak
- Kesempatan untuk pemeriksaan kesehatan termasuk penilaian terhadap penglihatan dan pendengaran

2. Sekolah

Penggunaan *setting* sekolah dasar, menengah dan tinggi secara positif mempengaruhi kebiasaan kesehatan dan kesuksesan masa depan yang sangat baik bukan hanya untuk siswa tetapi juga untuk guru dan lingkungan masyarakat sekolah. Perkembangan awal perilaku kesehatan yang positif akan mendorong dan

mengarahkan pada kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik sehingga mampu memberikan keuntungan bagi siswa dalam banyak hal termasuk mendorong kemampuan siswa untuk dapat belajar lebih baik dan berprestasi secara akademis (Chomitz, Slining, McGowan, Mitchell, Dawson & Hacker, 2009 dalam Nurmala et al. 2018). Karakteristik program promosi kesehatan berbasis afektif yang tepat di lingkungan sekolah meliputi:

- a) Dukungan dari pemilik sekolah/yayasan, kepada sekolah, pengurus, komite orang tua serta *stakeholder* terkait lainnya terhadap kesehatan, pendidikan dan pembangunan masing-masing anak melalui pengembangan kebijakan kesehatan dan kesejahteraan, struktur kurikulum hingga pengembangan dana untuk program beasiswa
- b) Bimbingan dan dukungan dari para guru baik saat proses belajar mengajar dan juga kegiatan diluar sekolah dapat memperkuat kebiasaan kesehatan yang positif sepanjang hari di sekolah sehingga juga dapat membentuk kebiasaan baik di luar sekolah
- c) Menerapkan program pendidikan jasmani progresif yang mengajarkan keterampilan kebugaran dan istirahat yang cukup untuk siswa
- d) Menyediakan makanan sehat di kantik sekolah atau membuat program bekal sekolah yang sehat
- e) Mendorong keterlibatan aktif dokter, perawat atau tim kesehatan sekolah untuk memastikan bahwa anak telah melakukan pemeriksaan yang sesuai dan telah diidentifikasi untuk ditindaklanjuti berdasarkan riwayat kesehatan atau hasil pemeriksaan fisik mereka
- f) Pemanfaatan fasilitas sekolah dan penyediaan alokasi waktu setelah jam sekolah selesai atau mengalokasikan waktu libur sekolah baik di akhir pekan ataupun kegiatan di sore dan malam hari untuk mendukung berbagai kegiatan ekstrakurikuler seperti olahraga pencak silat, seni tari, pencinta alam, pramuka, PMR, paskibra dan berbagai kegiatan ekstrakurikuler lainnya

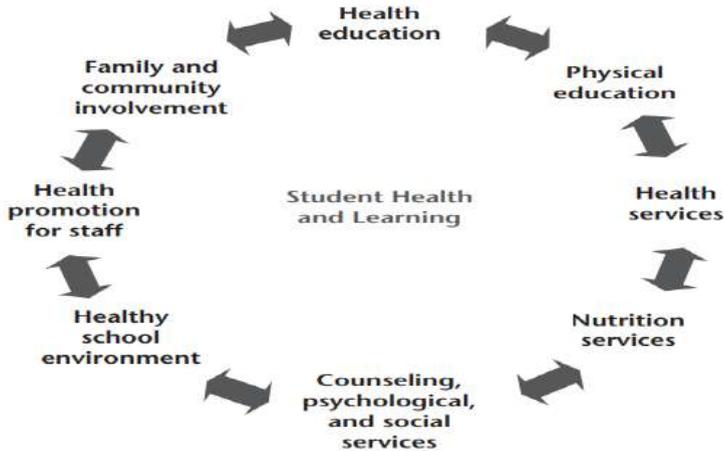
3. Pendidikan Tinggi

Berbeda dengan siswa sekolah pada pendidikan dasar hingga menengah atas. Siswa yang baru saja memasuki perguruan tinggi atau universitas akan mengalami transisi baru dan menghadapi berbagai peluang dan tantangan baru termasuk dalam proses pengambilan keputusan tentang kesehatan pribadi mereka. Setiap institusi pendidikan tinggi memiliki tanggung jawab dan kesempatan untuk membimbing para mahasiswa untuk memiliki gaya hidup sehat dan positif dengan mendorong siswa untuk aktif mengembangkan berbagai program di kampus. Karakter promosi kesehatan yang komprehensif yang berkualitas dapat dapat dikembangkan di lingkungan perguruan tinggi meliputi:

- a) Upaya membangun komitmen dari pihak perguruan tinggi untuk mengembangkan, melaksanakan dan mengevaluasi program dan layanan promosi kesehatan
- b) Mendorong adanya kerjasama dengan seluruh aspek kehidupan kampus termasuk pusat kesehatan mahasiswa, kantin atau ruang makan kampus, klub dan kegiatan mahasiswa, kegiatan olahraga dan rekreasi yang mendorong upaya untuk mengembangkan pendekatan yang kolaboratif untuk memperbaiki dan mendukung kebiasaan sehat di lingkungan perguruan tinggi
- c) Melakukan pengembangan kampus untuk mendorong aktifitas fisik melalui fasilitas rekretasi, olahraga, trotroar yang aman, penyediaan sepeda dan jalur sepeda, jalur pejalan kaki, dan berbagai upaya pengembangan fasilitas kampus lainnya

Pada dasarnya, pengembangan program promosi kesehatan di Institusi Pendidikan perlu menerapkan siklus koordinasi yang baik dan komprehensif sehingga siklus koordinasi ini dapat saling mendukung dan mengoptimalkan serta mendorong pembiasaan hidup sehat. Adapun gambaran siklus koordinasi dan

pengembangan promosi kesehatan di insitusi pendidikan dapat dikembangkan sebagai berikut:



Gambar 4. Siklus Koordinasi Program Kesehatan Sekolah

Sumber: (Fertman & Allensworth 2010)

Berikut adalah penjelasan singkat dari masing-masing komponen:

- Health Education*/Pendidikan kesehatan: pengajaran di kelas yang membahas dimensi kesehatan fisik, mental, emosional, dan sosial; mempromosikan pengetahuan, sikap, dan keterampilan; dan disesuaikan untuk setiap usia atau tingkat perkembangan yang dirancang untuk memotivasi dan membantu siswa dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dan untuk mengurangi perilaku berisiko mereka.
- Physical Education*/Pendidikan jasmani: instruksi yang terencana dan berurutan yang mendorong kebiasaan baik dalam melakukan aktivitas fisik yang dirancang untuk mengembangkan keterampilan gerakan dasar, keterampilan olahraga, dan kebugaran jasmani serta untuk meningkatkan kemampuan mental, sosial, dan emosional.
- Health Services*/Pelayanan kesehatan: pelayanan yang mempromosikan kesehatan siswa; mengidentifikasi dan mencegah masalah kesehatan dan cedera; dan memastikan

layanan pencegahan yang tepat, perawatan darurat, rujukan, atau manajemen kesehatan baik untuk kondisi akut atau kronis.

- d) *Nutrition Services*/Pelayanan gizi : keterpaduan yang bergizi, terjangkau, dan menarik makanan dan pendidikan gizi di lingkungan yang mempromosikan kebiasaan makan yang sehat.
- e) *Counseling, Psychological and Social Services*/Pelayanan konseling, psikologis, dan sosial : pelayanan yang mencegah dan mengatasi masalah, memfasilitasi pembelajaran positif dan perilaku sehat, dan meningkatkan perkembangan yang sehat dengan memberikan bantuan yang berfokus pada kebutuhan kognitif, emosional, perilaku, dan sosial siswa.
- f) *Health School Environment*/Lingkungan sekolah yang sehat: pengaturan yang dirancang untuk memberikan rasa aman tanaman fisik dan lingkungan yang sehat dan mendukung yang mendorong pembelajaran dan membahas iklim fisik, emosional, dan sosial sekolah yang baik.
- g) *Health Promotion for Staff*/ Promosi kesehatan bagi staf : kegiatan pengkajian, pendidikan, dan kebugaran untuk fakultas dan staf sekolah — dirancang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anggota staf sekolah, yang menjadi panutan bagi siswa.
- h) *Family and Community Involvement*/Keterlibatan keluarga dan masyarakat: kemitraan antara sekolah, keluarga, kelompok masyarakat, dan individu yang dirancang untuk memaksimalkan sumber daya dan keahlian dalam menangani perkembangan kesehatan anak, remaja, dan anggota keluarga mereka.

10.5 Setting Promosi Kesehatan Pada Situasi Bencana Situasi

Dalam situasi bencana, Laverack, 2017 menyatakan bahwa terdapat kompetensi kunci untuk promosi kesehatan dalam situasi

bencana yang perlu menjadi pertimbangan dalam pengembangan program promosi kesehatan yaitu:

1. Desain, manajemen, implementasi dan evaluasi program: Kemampuan untuk merencanakan program promosi kesehatan yang efektif, termasuk pengelolaan sumber daya dan personel yang melibatkan pemahaman siklus program, penganggaran dan perencanaan dan evaluasi pendekatan bottom-up.
2. Koordinasi dan penyampaian strategi komunikasi yang efektif: Strategi komunikasi merupakan bagian integral dari respon wabah penyakit atau respon kebencanaan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan untuk meningkatkan kesadaran dan melibatkan koordinasi pemangku kepentingan yang berbeda, identifikasi individu, kelompok dan masyarakat yang ditargetkan, dan penggunaan teknik komunikasi seperti komunikasi satu per satu atau antar individu, materi cetak dan media sosial jika dimungkinkan ketika memiliki koneksi internet yang baik (perlu menyelesaikan situasi dan kondisi wilayah setempat)
3. Memfasilitasi keterampilan: Pelatihan, misalnya, untuk pengembangan keterampilan, biasanya dalam suasana lokakarya, merupakan bagian penting dari banyak program. Keterampilan fasilitasi yang baik sangat penting bagi promotor kesehatan dan merupakan bagian penting dari pelaksanaan program.
4. Keterlibatan masyarakat dan keterampilan pembangunan kapasitas: Keterlibatan masyarakat dan pembangunan kapasitas merupakan inti dari berbagai strategi untuk membantu orang-orang mengelola sendiri keadaan mereka sendiri di tingkat individu, tingkat keluarga dan masyarakat dan untuk mendapatkan lebih banyak kendali atas situasi yang mempengaruhi kesehatan dan kehidupan mereka.

5. Menerjemahkan temuan menjadi rekomendasi praktis: Penerjemahan penelitian dan temuan pengumpulan data lainnya ke dalam rekomendasi praktis seringkali merupakan mata rantai yang hilang dan dapat diatasi dengan peningkatan kompetensi untuk menafsirkan informasi dan mengkomunikasikannya kepada manajer program yang sesuai sehingga program yang dikembangkan dan capaian hal positif yang diharapkan dapat berjalan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

- Fertman, C.I. & Allensworth, D.D. 2010, *HEALTH PROMOTION PROGRAM 'FROM THEORY TO PRACTICE'*.
- Laverack, G. 2017, *Health Promotion in Disease Outbreaks and Health Emergencies*.
- Nurmala, I., Rahman, F., Nugroho, A., Erlyani, N., Laily, N. & Anhar, V.Y. 2018, *Promosi Kesehatan*.
- O'Donnel, M.P. (ed.) 2017, *Health Promotion in the Workplace 5th Edition*.
- Snelling, A. 2014, *Introduction to Health Promotion*.

BAB 11

KONSEP PEMBERDAYAAN

Oleh Susilo Wirawan

11.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan suatu hal yang paling penting dalam menentukan tingkat produktivitas suatu individu sehari-hari. Empat faktor utama yang mempengaruhi tingkat kesehatan, yaitu lingkungan, perilaku (*life style*), pelayanan kesehatan, dan keturunan/genetik. (Nugroho, 2021)

Sebagai perwujudan dari kewajiban dan tanggung jawabnya dalam pemeliharaan dan perlindungan terhadap kesehatannya maka semua orang baik individu, kelompok maupun masyarakat harus memiliki kemampuan untuk hal tersebut. Kemampuan untuk memelihara dan melindungi kesehatan mereka sendiri disebut kemandirian (*self reliance*). Dengan kata lain bahwa masyarakat yang berdaya sebagai hasil dari pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat yang mandiri. Berbagai pengalaman di negara berkembang telah menunjukkan bahwa komunikasi yang dikembangkan bersama masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan bersama dapat menghasilkan perubahan perilaku yang bermakna pada suatu populasi. (Graeff, 1993)

Di bidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui program promosi kesehatan di jajaran pemerintah antara lain menjadi salah satu fungsi utama puskesmas. Berbeda dengan keadaan pada awal dikembangkannya puskesmas, peran Puskesmas sebagai Pusat Pemberdayaan Masyarakat tersebut kini kian tidak terdengar gemanya. Hal tersebut disebabkan oleh kebijakan Kementerian Kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan kuratif dan rehabilitatif dibandingkan dengan kegiatan promotif dan preventif. Hal ini juga tampak dalam alokasi anggaran, tetapi sejak kebijakan desentralisasi (otonomi daerah) digulirkan, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota lebih

mengutamakan untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD), perhatian lebih diutamakan untuk mengembangkan puskesmas sebagai balai pengobatan, sedang kegiatan pemberdayaan masyarakat menjadi terabaikan atau setidaknya kurang memperoleh perhatian.

Dewasa ini, sebagian besar puskesmas belum memiliki tenaga khusus yang menjadi pengelola kegiatan dan atau fasilitator dengan kompetensi khusus bidang promosi kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan sepertinya tidak dirancang sebagai sebuah sistem pemberdayaan masyarakat yang jelas. Meskipun sejak beberapa tahun terakhir ini pemerintah mengembangkan konsep Desa Siaga, tetapi kegiatan pemberdayaan masyarakat oleh puskesmas hanya dilakukan sambil lalu oleh tenaga puskesmas, yang kebetulan sedang bertugas ke desa/kelurahan tersebut. (Sutisna E , 2020)

Menurut (Utami, 2020) Pemberdayaan masyarakat desa dapat dikembangkan dengan berbagai cara, di antaranya meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kesadaran, serta pemanfaatan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, maupun pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat desa. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan. Salah satu strategi global dari promosi kesehatan adalah pemberdayaan atau empowerment dengan sasaran masyarakat atau komunitas. Masyarakat sebagai sasaran primer (*primary target*) promosi kesehatan harus diberdayakan agar mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Peran pemerintah atau pihak luar dalam memelihara dan melindungi kesehatan masyarakat sesungguhnya hanyalah sebagai fasilitator, motivator dan stimulator. (Notoatmodjo S, 2007)

Menurut (Kemenkes RI, 2019) dijelaskan bahwa pemberdayaan masyarakat adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan

kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat. Pemberdayaan masyarakat sesungguhnya merupakan suatu proses membantu memperkuat kemampuan masyarakat sehingga menjembatani jarak komunikasi antara petugas kesehatan (*provider*) dan kelompok sasaran (*target audiences/community*). Hal ini sangat diperlukan mengingat sifat dasar promosi kesehatan maupun pendidikan kesehatan yang cenderung bersifat *top-down* (dari atas ke bawah).

Pendekatan promosi kesehatan bukan hanya pendekatan dari atas ke bawah namun dari bawah ke atas (*bottom-up*). Pendekatan dari bawah ke atas seringkali dianggap sebagai pendekatan yang tidak efektif karena adanya asumsi bahwa yang memahami persoalan kesehatan adalah petugas kesehatan (*provider*), karena dianggap sebagai kelompok masyarakat yang terdidik dengan baik sehingga mempunyai kemampuan untuk mengenali masalah, menyusun perencanaan sampai dengan menetapkan rancangan dan indikator evaluasinya.

Perbedaan antara pendekatan dari atas ke bawah (*Top-down*) dengan pendekatan dari bawah ke atas (*bottom-up*) ditunjukkan pada tabel 2 berikut :

Tabel 2. Perbedaan pendekatan *Top-down* dan *bottom-up*

Karakteristik	<i>Top-down</i>	<i>Bottom-up</i>
Tujuan	Tanggung jawab individual	Pemberdayaan
Pendekatan/orientasi	Kelemahan/pemecahan masalah	Kekuatan, peningkatan kompetensi masyarakat
Pelaku	Pemerintah/pihak luar	Masyarakat
Metode utama untuk promosi kesehatan dan perubahan	Pendidikan, pelayanan kesehatan dan gaya hidup	Membangun kemampuan daya kontrol, terhadap perilaku dan lingkungan, kontrol terhadap sumber daya dan kapasitas masyarakat menuju perubahan ekonomi sosial dan politik
Peran pihak luar	Menyediakan sumber daya dan menyediakan pelayanan	Mendorong masyarakat untuk dapat mengidentifikasi berbagai kebutuhan yang ada di masyarakat serta kemungkinan tumbuhnya kebutuhan lain
Pengambil keputusan	Pemerintah, pemimpin	Pemimpin masyarakat yang

Karakteristik	<i>Top-down</i>	<i>Botom-up</i>
utama	masyarakat yang “disepakati orang luar”	bersifat “seringkali tidak dikenali orang luar” atau pemimpin informal
Kontrol masyarakat atas sumber daya	Rendah	Tinggi
Kepemilikan masyarakat atas program	Rendah	Tinggi
Evaluasi	Faktor resiko spesifik dan hasil bisa dikuantifikasi	Beberapa metode untuk mendokumentasikan perubahan yang penting di masyarakat

11.2 Batasan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Di bidang kesehatan pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. (Notoatmodjo S, 2007)

Menurut (Bouford et al., 2003) komunitas (masyarakat) dapat digambarkan sebagai sekelompok orang yang berbagi beberapa peran atau semua hal berikut batas-batas geografis, rasa keanggotaan, budaya dan bahasa, norma umum, kepentingan, atau nilai dan risiko atau kondisi kesehatan umum.

Konsep pemberdayaan mengemuka sejak dicanangkannya Strategi Global WHO tahun 1984 yang ditindaklanjuti dengan rencana aksi dalam Piagam Ottawa (1986). Dalam deklarasi tersebut dinyatakan tentang perlunya mendorong terciptanya kebijakan berwawasan kesehatan, lingkungan yang mendukung, re-orientasi dalam pelayanan kesehatan, keterampilan individu dan gerakan masyarakat.

Tujuan pemberdayaan adalah membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan yang terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam mengambil tindakan. Pemberdayaan dilakukan melalui

peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan kemampuannya, di antaranya melalui pendayagunaan potensi lingkungan.

Terdapat 3 syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat, yang pertama adalah adanya kesadaran, kejelasan serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan. Yang kedua adanya pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal-hal apa, di mana dan siapa yang akan diberdayakan, dan yang ketiga adalah adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan. (Notoatmodjo, 2005)

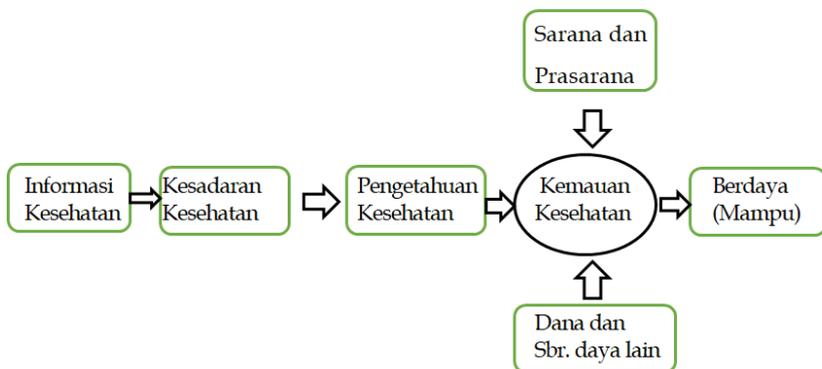
Kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Masyarakat yang mampu atau mandiri di bidang kesehatan adalah apabila

- a. Mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah-masalah kesehatan, terutama di lingkungan masyarakat setempat. Agar masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya maka mereka harus memiliki pengetahuan kesehatan yang baik (*health literacy*). Pengetahuan kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya yang harus dimiliki oleh masyarakat di antaranya pengetahuan tentang penyakit, pengetahuan tentang gizi dan makanan, perumahan sehat dan sanitasi dasar serta pengetahuan tentang berbagai bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan seperti bahaya merokok dan narkoba.
- b. Mampu mengatasi masalah-masalah kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Misalnya di suatu masyarakat yang kekurangan air bersih pada musim kemarau maka mereka bergotong royong baik tenaga pikiran maupun dana untuk pengadaan air bersih.
- c. Mampu memelihara dan melindungi diri baik individual, kelompok atau masyarakat dari ancaman-ancaman kesehatan. Misalnya masalah banjir merupakan ancaman

kesehatan karena jika terjadi banjir maka akan timbul berbagai macam penyakit seperti diare, penyakit kulit dsb. Oleh karena itu dengan gotong royong masyarakat dapat melakukan perbaikan saluran air limbah agar tidak terjadi penyumbatan saluran air serta pembuatan tempat-tempat sampah yang memadai bagi warga.

- d. Mampu meningkatkan kesehatan baik individual, kelompok atau masyarakat. Masyarakat yang berdaya di bidang kesehatan akan mampu meningkatkan kesehatan masyarakatnya secara terus menerus (*health promoting community*). Misalnya dengan adanya tempat-tempat kebugaran (*Sport centre*), dan adanya usaha catering diet untuk mempertahankan berat badan yang ideal.

Pemberdayaan masyarakat pada akhirnya akan menghasilkan kemandirian masyarakat. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat merupakan proses, sedangkan kemandirian masyarakat merupakan hasilnya, sebagaimana ditunjukkan dalam gambar 5 berikut. Oleh sebab itu kemandirian masyarakat dapat diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari pihak luar. (Notoatmodjo S, 2007)



Gambar 5. Proses Pemberdayaan

11.3 Prinsip Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat pada prinsipnya adalah menumbuhkan kemauan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan atau dicangkokkan dari luar masyarakat yang bersangkutan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat, “**dari, oleh dan untuk**” masyarakat itu sendiri. Secara lebih rinci prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat khususnya di bidang kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat. Potensi merupakan suatu kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam. Di dalam suatu masyarakat terdapat potensi yang pada dasarnya dikelompokkan menjadi dua yaitu Sumber Daya Manusia (SDM) dan sumber daya alam. Kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola sumber daya alam yang tersedia akan menghasilkan sumber daya ekonomi. Oleh sebab itu tinggi rendahnya potensi SDM ini lebih ditentukan oleh kualitas dan bukan kuantitasnya. Sedangkan sumber daya alam di suatu masyarakat itu adalah *given* (pemberian). Tuhan telah menganugerahkan potensi sumber daya alam di komunitas berbeda-beda. Bagaimanapun melimpahnya potensi sumber daya alam apabila kualitas SDM nya rendah maka mereka tidak akan mampu mengelola sumber daya alam tersebut dengan baik.
- b. Mengembangkan gotong royong masyarakat. Gotong royong sebagai budaya asli bangsa Indonesia sudah tumbuh sejak beberapa abad yang lalu. Peninggalan berbagai situs budaya masa lalu yang indah dan megah seperti Candi Borobudur, Candi Prambanan menjadi salah satu bukti bahwa semangat gotong royong telah dijiwai oleh nenek moyang Bangsa Indonesia. Agar gotong royong tersebut dapat tumbuh dan berkembang maka harus dilakukan pendekatan melalui tokoh masyarakat setempat. Di sinilah peran petugas kesehatan sebagai *provider* memotivasi dan memfasilitasi

agar gotong royong tersebut benar-benar dapat dilaksanakan oleh masyarakat.

- c. Menggali kontribusi masyarakat. Menggali dan mengembangkan potensi ekonomi masing-masing anggota masyarakat pada dasarnya adalah suatu upaya agar masing-masing anggota masyarakat berkontribusi sesuai dengan kemampuan masing-masing. Kontribusi masyarakat dalam bentuk partisipasi dapat berupa tenaga, pemikiran atau ide-ide, dana, material dan sebagainya. Seorang petugas kesehatan bersama-sama dengan tokoh masyarakat setempat harus mampu menggali kontribusi sebagai bentuk partisipasi masyarakat.
- d. Menjalin kemitraan. Dalam membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat, kemitraan merupakan hal yang memiliki peranan yang sangat penting. Masyarakat yang mandiri merupakan perwujudan dari kemitraan antara anggota masyarakat itu sendiri, atau dengan pihak luar masyarakat, baik pemerintah maupun sektor swasta. Petugas kesehatan sebagai *provider* juga bisa ikut terlibat dan berperan memberikan motivasi dan memfasilitasi masyarakat untuk menjalin kemitraan dengan pihak lain. Misalnya jika masyarakat ingin membangun jembatan untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan maka *provider* dapat memfasilitasi advokasi kepada sektor pembangunan seperti Pemerintah Daerah (Pemda) atau Dinas PUPR setempat.
- e. Desentralisasi. Upaya pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya memberikan kesempatan kepada masyarakat lokal untuk mengembangkan potensi daerah atau wilayahnya. Segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasional yakni masyarakat setempat, sesuai budaya masing-masing komunitas. Dalam pemberdayaan masyarakat peranan sistem di atasnya adalah sebagai fasilitator dan motivator. Masyarakat bebas melakukan kegiatan atau program-program inovatif, tanpa adanya arahan atau instruksi dari atas. Contohnya posyandu sebagai salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat

seharusnya tidak seragam kegiatannya, tetapi harus didasarkan kepada masalah dan kebutuhan setempat. Posyandu di desa dan perkotaan tentu memiliki model yang berbeda, demikian pula posyandu di daerah elit dengan di daerah miskin yang kumuh karakteristiknyapun tentu tidak sama.

Merujuk pada (WHO, 1988) dalam *“Education for Health”* yang menganjurkan bahwa sebenarnya petugas kesehatan bisa mengadakan edukasi kesehatan pada suatu pertemuan informal bagi ibu-ibu di tempat pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan bisa mempergunakan berbagai macam variasi metode edukasi yang ada dengan alat-alat bantu dalam program tersebut seperti penggunaan poster, dengan demonstrasi, bercerita dan sebagainya.

Dari uraian tentang prinsip-prinsip pemberdayaan di atas dapat disimpulkan bahwa peran petugas kesehatan sebagai *provider* kesehatan dalam memberdayakan masyarakat adalah bekerja sama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work for the community*). Oleh karena itu peran petugas kesehatan dalam hal ini adalah memfasilitasi masyarakat terhadap kegiatan atau program pemberdayaan, memotivasi masyarakat untuk bekerja sama atau bergotong royong dan mengalihkan pengetahuan, keterampilan dan teknologi teknologi tersebut kepada masyarakat.

11.4 Ciri Pemberdayaan Masyarakat

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan non instruktif. Di samping itu program tersebut akan dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan.

11.4.1 Tokoh Masyarakat (Community Leaders)

Pada masyarakat apapun baik pedesaan maupun perkotaan secara alamiah akan terjadi kristalisasi adanya pemimpin atau tokoh masyarakat. Tokoh Masyarakat (Toma) ini bisa bersifat formal (Gubernur, Bupati, Camat, Lurah/Kades, Ketua RW dan

Ketua RT) maupun informal (ustadz, pendeta, ketua adat dan sebagainya). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat maka petugas kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada Toma tersebut. Sebagaimana kita ketahui bahwa sebagian besar masyarakat kita masih menganut paternalistik atau masih berpola kepada seorang “sosok tertentu” di masyarakat. Apapun yang dilakukan oleh pemimpin masyarakat akan diikuti atau dianut oleh masyarakatnya. Sebagai *provider* petugas kesehatan harus mampu memanfaatkan Toma ini sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

11.4.2 Organisasi Masyarakat (Community Organisation)

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya PKK, Karang Taruna, majelis ta’lim, kelompok pengajian dan sebagainya. Organisasi masyarakat ini merupakan potensi yang harus dimanfaatkan dan merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Posyandu dan polindes/poskesdes yang juga telah menjadi organisasi masyarakat merupakan wujud kerja sama dan kemitraan antara puskesmas, pemerintah setempat, PKK dan sebagainya.

Seharusnya posyandu tersebut dibentuk bukan berdasarkan target dari puskesmas tetapi berdasarkan kebutuhan masyarakat setempat. Demikian pula kegiatan posyandupun seragam terutama isi penyuluhan. Seharusnya khusus isi penyuluhan harus didasarkan pada masalah setempat. Misalnya jika di wilayah tersebut termasuk wilayah endemisitas malaria dan filariasis maka materi malaria atau filariasis juga dimasukkan dalam penyuluhan.

11.4.3 Pendanaan Masyarakat (Community Fund)

Pendanaan atau pembiayaan kesehatan tidak hanya menyangkut bagaimana kesehatan itu dibiayai. Tetapi membahas pula bagaimana dana yang tersedia tersebut dialokasikan. Keterbatasan biaya kesehatan dikhawatirkan akan menurunkan mutu pelayanan kesehatan dan meminimalisir efisiensi dan kesenjangan baik menggali sumber biaya maupun mengalokasikan

dana. Dengan kata lain bahwa pembiayaan kesehatan adalah upaya pengumpulan dana untuk membiayai operasional dan pengembangan pelayanan kesehatan, untuk peningkatan derajat kesehatan agar kualitas SDM menjadi lebih baik. (Bastian, 2015)

Dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak tahun 1970-an. Kemudian dana sehat ini diadopsi oleh Kemenkes RI diperluas dengan nama Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Sebenarnya baik dana sehat maupun JPKM mempunyai prinsip yang sama yakni “Yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin”. Prinsip ini adalah inti gotong royong sebagai salah satu prinsip pemberdayaan masyarakat. Dalam perkembangannya dana sehat maupun JPKM pada sebagian daerah yang difasilitasi oleh LSM yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan mengembangkan berbagai bentuk *Community Fund* ini antara lain Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) dan Tabungan Suami Sayang Ibu dan Anak (Tassia). (Notoatmodjo S, 2007)

Dengan mengacu pada Visi dan Misi Pembangunan Nasional, serta Sembilan Agenda Pembangunan (Nawacita) yang ditetapkan pemerintah pada tahun 2014, telah diarahkan oleh pemerintah bahwa Program Indonesia Sehat pada pokoknya meliputi: 1) Paradigma sehat, 2) Penguatan pelayanan kesehatan, dan 3) Jaminan Kesehatan Nasional. Dengan diberlakukannya Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, maka sejak tanggal 1 Januari 2014 Jaminan Kesehatan Nasional mulai dilaksanakan. Kedua undang-undang ini memperkuat upaya meningkatkan akselerasi, pemerataan, dan mutu pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam kaitan ini upaya kesehatan perorangan diperhitungkan semakin kuat seperti yang diharapkan. (Rahmat, 2016)

Hingga saat ini berdasarkan (Perpres RI, 2020) no 25 telah disebutkan bahwa melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa untuk

melindungi kepentingan masyarakat dan untuk memberikan landasan hukum, meningkatkan nilai etika yang berlaku umum dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional diperlukan penerapan tata kelola yang baik oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Jaminan Sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Badan Penyelenggara Jaminan sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dan diharapkan dapat melaksanakan tata kelola yang baik dalam suatu sistem yang dirancang sebagai pedoman bagi BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial.

11.4.4 Material Masyarakat (*Community Material*)

Sumber alam merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah memiliki potensi daerah sumber daya alam yang berbeda-beda yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat untuk pembangunan. Sebagai contoh di daerah Purwokerto terdapat suatu desa yang kekurangan air bersih padahal berdekatan dengan desa tersebut terdapat mata air (*water spring*) yang cukup besar. Oleh pimpinan masyarakat setempat dan setelah memperoleh bantuan teknis dari pihak lain maka sumber air tersebut dapat dimanfaatkan dan dikelola. Masyarakat diorganisir dan bergotong royong untuk membuat saluran air ke rumah-rumah. Saluran atau pipa air yang digunakan adalah berdasarkan teknologi tepat guna, yakni dari bambu yang memang banyak tersedia di daerah tersebut.

Hal serupa terjadi pula di Pulau Lembeh Sulawesi Utara. Dengan kekayaan alam batu dan pasir melalui tradisi "**Mapalus**" (gotong royong), terwujudlah rumah-rumah sehat bagi warga. Dengan adanya prestasi ini WHO memberikan penghargaan (*award*) untuk masyarakat di pulau ini.

11.4.5 Pengetahuan Masyarakat (*Community Knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kepada masyarakat merupakan contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat. Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan *community based health education*. Contoh lomba membuat poster tentang pesan-pesan kesehatan pada *event* tertentu misalnya Peringatan Kemerdekaan RI 17 Agustus 1945, hari jadi kota/kabupaten atau Hari Kesehatan Nasional (HKN). Disediakan hadiah bagi pemenang untuk memotivasi para warga setempat. Hasilnya poster yang mendapatkan juara dipasang di tempat umum seperti posyandu, puskesmas balai desa dan sebagainya. Demikian pula hasil atau setiap pemenang lomba yang terpasang akan menjadi sumber pengetahuan bagi masyarakat (*Community Knowledge*).

11.4.6 Teknologi Masyarakat (*Community Technology*)

Di sebagian masyarakat telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaringan air bersih dengan menggunakan pasir dan arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang di tengahnya ditaruh kaca, untuk pengawetan ikan dengan metode pengasapan dan sebagainya. Teknologi sederhana yang lahir dari masyarakat ini sebenarnya merupakan potensi untuk pemberdayaan masyarakat. Petugas kesehatan sebagai *provider* dapat mengadopsi dan memodifikasinya sehingga dapat dimanfaatkan di tempat lain atau diperluas cakupannya.

Contoh lain adalah penyederhanaan deteksi dini penderita ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) dari tanda-tanda teknis medis ke tanda-tanda yang mudah untuk diukur oleh masyarakat dengan menghitung frekuensi nafas. Apabila bayi dengan usia 2-12 bulan menderita batuk pilek dengan nafas cepat lebih dari 50/menit maka bayi tersebut menderita pneumonia dan harus dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan. Artinya di masyarakat telah tersedia “Teknologi Tepat Guna” untuk mendeteksi penderita

pneumonia secara sederhana sehingga setiap orang atau keluarga dapat melakukannya dengan mudah.

11.5 Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masyarakat dapat menggunakan indikator yang mengacu ada pendekatan sistem sebagai berikut :

11.5.1 Input

- a. Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat.
- b. Besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat maupun dana yang diperoleh dari bantuan luar masyarakat tersebut.
- c. Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk menyokong atau untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat.

11.5.2 Proses

Beberapa contoh indikator proses dalam pemberdayaan masyarakat adalah :

- a. Jumlah penyuluhan kesehatan yang dilaksanakan masyarakat yang bersangkutan
- b. Frekuensi dan jenis pelatihan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.
- c. Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang telah diintervensi dan dilatih sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.
- d. Pertemuan-pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan atau pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

11.5.3 Output

Beberapa contoh indikator output dalam pemberdayaan masyarakat adalah :

- a. Jumlah dan jenis UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat) misalnya posyandu, polindes/poskesdes, pos obat desa, dana sehat dan sebagainya.
- b. Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkat pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan.
- c. Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*)
- d. Meningkatnya fasilitas-fasilitas umum di masyarakat dan sebagainya.

11.5.4 Outcome

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun memiliki kontribusi terhadap indikator-indikator di bawah ini :

- a. Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat.
- b. Menurunnya angka kematian umum dalam masyarakat.
- c. Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat.
- d. Meningkatnya status gizi anak balita dalam masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bastian, I. (2015) 'Akuntansi Kesehatan', *BPFE*. Yogyakarta: Penerbit BPFE, p. 249.
- Graeff, J. A. (1993) 'Communication for Health and Behavior Change: A developing Countries Perspective.' San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Joe Ivey Bouford et al. (2003) 'The Future of Public's Health in The 21 st Century.' Washington DC: The National Academies Press, pp. 178–179.
- Notoatmodjo, S. (2005) 'Promosi Kesehatan Promosi dan Aplikasi.' Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, pp. 254–283.
- Nugroho, R. (2021) 'KESEHATAN DESA : Bagian 3 Desa Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat.' Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Rahmat, H. H. (2016) 'Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia untuk Meningkatkan Pelaksanaan Sistem Kesehatan Nasional dan Jaminan Kesehatan Nasional.' Yogyakarta: UGM Press.
- Perpres RI, (2020) 'Peraturan Presiden No 25 tahun 2020 tentang tata Kelola Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.' Jakarta: Kementerian Sekneg RI, pp. 1–15.
- Menkes RI, (2019) 'Permenkes No 8 tahun 2019.' Jakarta: Biro Hukor Sekjen Kemenkes RI, pp. 1–17.
- Soekidjo Notoatmodjo (2007) 'Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.' Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, pp. 107–130.
- Sulaeman, E. S. (2020) 'Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi.' Yogyakarta: UGM Press.
- Utami, A. D. (2020) 'Buku Pintar Pemberdayaan Masyarakat Desa.' Temanggung: Literasi Desa Mandiri.
- WHO (1988) 'Education for Health a Manual Health Education in Primary Health Care.' Geneva: WHO.

BAB 12

KOMUNIKASI

Oleh Rita Aruan

12.1 Pengertian Komunikasi

Kata Komunikasi atau *communication* dalam bahasa Inggris berasal dari kata Latin *communis* yang berarti 'sama', *communico*, *communicatio* atau *communicare* yang berarti 'membuat sama' (*to make common*). istilah pertama (*comunis*) paling sering disebut sebagai asal kata komunikasi, yang merupakan akar dari kata-kata Latin lainnya yang mirip. Komunikasi menyarankan bahwa suatu pikiran, suatu makna, atau suatu pesan dianut secara sama. Akan tetapi definisi-definisi kontemporer menyarankan bahwa komunikasi merujuk pada cara berbagi hal-hal tersebut, seperti dalam kalimat 'Kita berbagi pikiran,'Kita mendiskusikan makna', dan 'Kita mengirimkan pesan'. Interaksi antara penyedia jasa, pelanggan, dan pihak-pihak berkepentingan sulit terjadi tanpa komunikasi. Komunikasi adalah proses pengiriman informasi atau berita diantara pihak-pihak yang saling berhubungan sehingga diperoleh pemahaman tentang apa yang dimaksud satu sama lain (Iman & Siswandi, 2007).

Komunikasi adalah salah satu dari aktivitas manusia dan suatu topik yang amat sering diperbincangkan sehingga kata komunikasi sendiri memiliki arti beragam. Komunikasi memiliki variasi definisi dan rujukan yang tidak terhingga seperti, saling berbicara satu sama lain, televisi, penyebaran informasi, gaya rambut kita, kritik sastra, dan masih banyak lagi. Hal ini adalah salah satu permasalahan yang dihadapi oleh para akademisi terkait bidang keilmuan komunikasi.

Komunikasi adalah pertukaran pesan verbal maupun nonverbal antara si pengirim dengan sipenerima pesan untuk mengubah tingkah laku. Sipengirim pesan dapat berupa seorang individu, kelompok, atau organisasi. Begitu juga halnya dengan

sipenerima pesan dapat berupa seorang anggota organisasi, seorang kepala bagian, pimpinan, kelompok orang dalam organisasi, atau organisasi secara keseluruhan.

Istilah proses maksudnya bahwa komunikasi itu berlangsung melalui tahap-tahap tertentu secara terus-menerus, berubah-ubah, dan tidak ada henti-hentinya. Proses komunikasi merupakan proses yang timbal balik karena antara sipengirim dan sipenerima saling mempengaruhi satu sama lain.

Perubahan tingkah laku maksudnya dalam pengertian yang luas yaitu perubahan yang terjadi di dalam diri individu mungkin dalam aspek kognitif, afektif atau psikomotor (Arni 2007:5). Komunikasi didefinisikan secara luas sebagai 'berbagai pengalaman' sampai batas tertentu, setiap makhluk dapat dikatakan melakukan komunikasi dalam pengertian berbagi pengalaman.

Tubbs dan Moss mendefinisikan komunikasi sebagai 'proses penciptaan makna antara dua orang (komunikator 1 dan komunikator 2) atau lebih . sedangkan Gudykunst dan Kim mendefinisikan komunikasi (antarbudaya) sebagai 'proses transaksional, simbolik yang melibatkan pemberian makna antara orang-orang (dari budaya yang berbeda).

12.1.1. Unsur-unsur Komunikator

A. KOMUNIKATOR

Komunikator dalam proses komunikasi komunikator berperan penting karena mengerti atau tidaknya lawan bicara tergantung cara penyampaian komunikator. "Komunikator berfungsi sebagai *encoder*, yakni sebagai orang yang memformulasikan pesan yang kemudian menyampaikan kepada orang lain, orang yang menerima pesan ini adalah komunikan yang berfungsi sebagai *decoder*, yakni menerjemahkan lambang-lambang pesan konteks pengertiannya sendiri." Persamaan makna dalam proses komunikasi sangat bergantung pada komunikator, maka dari itu terdapat syarat-syarat yang diperlukan oleh komunikator, diantaranya:

1. Memiliki kredibilitas yang tinggi bagikomunikannya
2. Kemampuan berkomunikasi
3. Mempunyai pengetahuan yang luas
4. Sikap memiliki daya tarik, dalam arti memiliki kemampuan untuk melakukan perubahan sikap atau perubahan pengetahuan pada dirikomunikasikan.

B. PESAN

Pesan adapun yang dimaksud pesan dalam proses komunikasi adalah suatu informasi yang akan dikirimkan kepada si penerima. "Pesan ini dapat berupa verbal maupun non verbal. Pesan verbal dapat secara tertulis seperti: surat, buku, majalah, memo, sedangkan pesan yang secara lisan dapat berupa percakapan tatap muka, percakapan melalui telepon, radio, dan sebagainya. Pesan non verbal dapat berupa isyarat, gerakan badan, ekspresi muka dan nada suara." Ada beberapa bentuk pesan, diantaranya:

1. informatif, yakni memberikan keterangan-keterangan dan kemudian komunikasi dapat mengambil kesimpulan sendiri
2. persuasif, yakni dengan bujukan untuk membangkitkan pengertian dan kesadaran seseorang bahwa apa yang kita sampaikan akan memberikan rupa pendapat atau sikap sehingga ada perubahan, namun perubahan ini adalah kehendak sendiri.
3. koersif, yakni dengan menggunakan sanksi-sanksi. Bentuknya terkenal dengan agitasi, yakni dengan penekanan-penekanan yang menimbulkan tekanan batin di antara sesamanya dan pada kalangan publik.

Ketiga bentuk pesan ini sering kali kita temukan dalam kehidupan sehari-hari, misalnya seorang guru dalam kegiatan belajar mengajar menggunakan komunikasi informatif, selain itu jika murid tidak mematuhi peraturan menggunakan komunikasi koersif.

C. MEDIA

Media yaitu sarana atau alat yang digunakan oleh komunikator untuk menyampaikan pesan atau informasi kepada

komunikasikan atau sarana yang digunakan untuk memberikan feedback dari komunikasikan kepada komunikator. "Media sendiri merupakan bentuk jamak dari kata medium, yang artinya perantara, penyampai, atau penyalur.

D.PENERIMA

Penerima adalah orang yang menjadi sasaran kegiatan komunikasi, penerima pesan biasa bertindak sebagai pribadi atau orang banyak." Penerima tidak hanya pasif menerima informasi namun juga mengolahnya sehingga terdapat kesamaan makna, "Jika suatu pesan tidak diterima oleh penerima, akan menimbulkan berbagai macam masalah yang sering kali menuntut perubahan, apakah pada sumber, pesan atau saluran.

Komunikasi yang efektif harus ditunjang dari komunikator dan komunikasikan. Komunikasikan harus mampu mendengarkan dan memahami pesan yang disampaikan. Begitu pula sebaliknya komunikator harus mampu menyampaikan pesan dengan baik.

D. EFEK

Pengaruh atau efek adalah perbedaan apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. "Pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan, sikap dan tingkah laku seseorang. Oleh karena itu, pengaruh bisa juga diartikan perubahan atau penguatan keyakinan pada pengetahuan sikap dan tindakan seseorang sebagai akibat penerimaan pesan.

Dampak yang ditimbulkan dapat diklasifikasikan menurut kadarnya, yaitu:

1. Dampak kognitif, adalah yang timbul pada komunikasikan yang menyebabkan dia menjadi tahu atau meningkat intelektualitasnya
2. Dampak afektif, lebih tinggi kadarnya dari pada dampak komunikasikan tahu, tetapi tergerak hatinya, menimbulkan perasaan tertentu, misalnya perasaan iba, terharu, sedih, gembira, marah dan sebagainya

3. Dampak behavioral (konatif), yang paling tinggi kadarnya, yakni dampak yang timbul pada komunikasi dalam bentuk perilaku, tindakan atau kegiatan.

12.2. Prinsip-prinsip Komunikasi

Prinsip 1 : Komunikasi Adalah Proses Simbolik

Salah satu kebutuhan pokok manusia, seperti dikatakan Susanne K. Langer adalah kebutuhan simbolisasi atau penggunaan lambang. Manusia memang satu-satunya hewan yang menggunakan lambang. Dan itulah yang membedakan manusia dengan makhluk lainnya. Ernst Cassirer mengatakan bahwa keunggulan manusia atas makhluk lainnya adalah keistimewaan mereka sebagai *animal symbolicum*.

Lambang atau simbol adalah sesuatu yang digunakan untuk menunjuk sesuatu lainnya, berdasarkan kesepakatan kelompok orang. Lambang meliputi kata-kata (pesan verbal), perilaku non verbal, dan objek yang dimaknainya disepakati bersama, misalnya memasang bendera di depan halaman rumah untuk menyatakan penghormatan atau kecintaan kepada negara. Lambang adalah salah satu kategori tanda. Hubungan antara tanda dengan objek dapat juga dipresentasikan oleh ikon atau indeks, namun ikon atau indeks tidak memerlukan kesepakatan.

Ikon adalah suatu benda fisik (dua atau tiga dimensi) yang menyerupai apa yang dipresentasikannya. Representasi ditandai dengan kemiripan. Misalnya patung Soekarno adalah ikon Soekarno, dan foto anda di KTP adalah ikon anda.

Indeks adalah tanda yang secara alamiah mempresentasikan objek lainnya. Istilah lain yang sering digunakan adalah sinyal (signal), yang dalam sehari-hari juga disebut sebagai gejala (*symptom*). Indeks muncul antara hubungan sebab akibat yang punya kedekatan eksistensi. Misalnya awan gelap adalah indeks hujan yang akan turun, sedangkan asap merupakan indeks api. Namun asap menjadi lambang karena maknanya telah disepakati bersama, seperti dalam kasus primitif.

Prinsip 2. Setiap Perilaku Mempunyai Potensi Komunikasi

Kita tidak dapat tidak berkomunikasi (*we cannot not communicate*). Tidak berarti semua perilaku adalah komunikasi. Cobalah anda minta seseorang untuk tidak berkomunikasi . amat sulit baginya untuk berbuat demikian , karena setiap perilakunya punya potensi untuk ditafsirkan . kalau ia tersenyum , ia ditafsirkan bahagia; kalau ia cemberut, ia ditafsirkan ngambek. Bahkan ketika kita berdiam diri sekalipun, ketika kita mengundurkan diri dari komunikasi dan lalu menyendiri, sebenarnya kita mengkomunikasikan banyak pesan.

Prinsip 3. Komunikasi Punya Dimensi Isi dan Dimensi Hubungan

Dimensi isi disandi secara verbal, sementara dimensi hubungan disandi secara nonverbal. Dimensi isi menunjukkan muata (isi) komunikasi yaitu apa yang dikatakan. Sedangkan dimensi hubungan menunjukkan bagaimana cara mengatakannya yang juga mengisyaratkan bagaimana hubungan para peserta komunikasi itu, dan bagaimana seharusnya pesan itu ditafsirkan.

Prinsip 4. Komunikasi Berlangsung dalam Berbagai Tingkat Kesengajaan

Komunikasi dilakukan dalam berbagai tingkat kesengajaan, dari komunikasi yang tidak disengaja sama sekali (misalnya ketika anda melamun sementara orang memperhatikan anda) hingga komunikasi yang benar-benar direncanakan dan disadari (ketika anda menyampaikan pidato). kesenggajaan bukanlah syarat terjadinya komunikasi. Meskipun kita sama sekali tidak bermaksud menyampaikan pesan kepada orang lain, perilaku kita potensial ditafsirkan orang lain.

Prinsip 5. Komunikasi Terjadi dalam Konteks Ruang dan Waktu

Makna pesan juga bergantung pada konteks fisik dan ruang (termasuk iklim, suhu, intensitas cahaya, dan sebagainya), waktu, sosial, dan psikologis. Topik-topik lazim dipercakapkan di rumah, tempat kerja, atau tempat hiburan seperti; lelucon' acara televisi; mobil 'bisnis', atau 'perdagangan' terasa kurang sopan bila

dikemukakan di Masjid. Tertawa terbahak-bahak atau memakai pakaian dengan warna menyala, seperti merah sebagai perilaku nonverbal yang wajar dalam suatu pesta dipersepsi kurang beradab bila hal itu ditampakkan dalam acara pemakaman.

Prinsip 6. Komunikasi Melibatkan Prediksi Peserta Komunikasi

Ketika orang-orang berkomunikasi, mereka meramalkan efek perilaku komunikasi mereka. Dengan kata lain, komunikasi juga terikat oleh aturan atau tatakrama artinya orang-orang memilih strategi tertentu berdasarkan bagaimana orang menerima pesan akan merespons. Perilaku manusia, minimal secara parsial dapat diramalkan.

Prinsip 7. Komunikasi Bersifat Sistemik

Setiap individu adalah suatu sistem yang hidup (*a living system*). organ-organ dalam tubuh kita saling berhubungan. Kerusakan pada mata dapat membuat kepala kita pusing. Bahkan unsur diri kita yang bersifat jasmani juga berhubungan dengan unsur kita yang bersifat rohani. Dua sistem dasar beroperasi dalam transaksi komunikasi yaitu system internal dan system Eksternal.

Prinsip 8. Semakin Mirip Latar Belakang Sosial-budaya Semakin Efektiflah Komunikasi

Komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang hasilnya sesuai dengan harapan para pesertanya (orang-orang yang sedang berkomunikasi). misalnya penjual yang datang ke rumah untuk mempromosikan barang dianggap telah melakukan komunikasi efektif bila akhirnya tuan rumah membeli barang yang ia tawarkan, sesuai dengan yang diharapkan penjual itu, dan tuan rumahpun merasa puas dengan barang yang dibelinya.

Prinsip 9. Komunikasi Bersifat Nonsekuensial

Sifat sirkuler digunakan untuk menandai proses komunikasi, unsur-unsur tersebut tidak berada dalam suatu tatanan yang

bersifat linier, sirkuler, helikal atau tatanan lainnya. Unsur-unsur proses komunikasi boleh jadi beroperasi dalam suatu tatanan, tetapi mungkin pula setidaknya sebagaimana dalam suatu tatanan yang acak. Oleh karena itu, sifat nonsekuensial alih-alih sirkuler tampaknya lebih tepat digunakan untuk menandai proses komunikasi.

Prinsip 10. Komunikasi Bersifat Prosesual, Dinamis dan Transaksional

Komunikasi merupakan proses yang sinambung (*continuos*). dalam proses komunikasi para peserta komunikasi saling mempengaruhi, seberapa kecil pun pengaruh itu, baik lewat komunikasi verbal ataupun lewat komunikasi nonverbal. Implikasi dari komunikasi sebagai proses yang dinamis dan transaksional adalah bahwa para peserta komunikasi berubah (dari sekadar berubah pengetahuan hingga berubah pandangan dunia dan perilakunya).

Prinsip 11. Komunikasi Bersifat Irreversible

Sifat *irreversible* ini adalah implikasi dari komunikasi sebagai proses yang selalu berubah. Prinsip ini seyogianya menyadarkan bahwa harus berhati-hati menyampaikan pesan kepada orang lain sebab efeknya bisa ditiadakan sama sekali sekalipun berupaya meralatnya.

Prinsip 12. Komunikasi Bukan Panacea untuk Menyelesaikan Berbagai Masalah

Banyak persoalan dan konflik antarmanusia disebabkan oleh masalah komunikasi, namun komunikasi bukanlah panacea (obat mujarab) untuk menyelesaikan persoalan atau konflik. Karena persoalan atau konflik tersebut mungkin berkaitan dengan masalah struktural. Agar komunikasi efektif, kendala struktural ini juga harus diatasi.

12.3. Proses Komunikasi

Komunikasi sebagai suatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa, sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respon dari pikirannya yang serupa dengan yang dimaksudkan oleh komunikator.

Komunikasi adalah proses dimana suatu ide dialihkan dari sumber kepada suatu penerima atau lebih, dengan maksud untuk mengubah tingkah laku. Komunikasi adalah suatu proses di mana dua orang atau lebih membentuk atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya, yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian yang mendalam.

Proses adalah suatu fenomena dinamis, suatu proses perubahan berjalan secara konstan seiring dengan pertumbuhan waktu, tindakan dan fungsi-fungsi tidak terpisah satu sama lain melainkan bersamaan. Segala sesuatu dalam proses selalu mengalami perubahan sepanjang waktu dan merupakan aktivitas yang tidak dapat dipisahkan yang terjadi pada saat yang bersamaan. Suatu aspek yang penting dalam semua proses adalah hubungan timbal balik.

Proses adalah suatu golongan sistem yang meliputi unsur-unsur yang tergantung satu sama lain. Terdapat struktur, bentuk untuk suatu proses, keseluruhan sistem ini meliputi unsur-unsur yang bekerja bersama-sama sebagai satu kesatuan dan menghasilkan hasil. Adapun yang menjadi aspek-aspek proses yaitu :

1. Terjadi dalam suatu waktu dan bergerak maju pada saat yang sama
2. Dinamis (berubah secara konstan)
3. Menghasilkan perubahan atau menghasilkan suatu hasil
4. Meliputi hubungan timbal balik, tiap komunikator mempengaruhi yang lainnya
5. Meliputi sebuah grup unsur-unsur yang berhubungan dan bekerja dalam satu kesatuan sistem.

Proses komunikasi terbagi menjadi dua tahap yakni secara primer dan sekunder. Proses primer adalah proses penyampaian

pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (*symbol*) sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah bahasa, kial (*gesture*), isyarat, gambar, warna dan lainnya yang secara langsung mampu 'menerjemahkan' pikiran dan perasaan komunikator kepada komunikan.

Dalam proses ini, pertama-tama komunikator akan menyandi (*encode*) pesan yang disampaikan kepada komunikan, kemudian menjadi giliran komunikan untuk mengawasa-sandi (*decode*) pesan dari komunikator itu. Proses sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama, media kedua itu seperti surat, telepon, surat kabar, majalah, radio, televisi, film, media online/internet.

Proses komunikasi terjadi manakala manusia berinteraksi dalam aktivitas komunikasi, menyampaikan pesan mewujudkan motif komunikasi. Proses tahap pertama komunikasi adalah penginterpretasian yang diinterpretasikan adalah motif komunikasi, terjadi dalam diri komunikator, artinya proses komunikasi tahap pertama bermula sejak motif komunikasi muncul hingga akal budi komunikator berhasil menginterpretasikan apa yang ia pikirkan dan rasakan kedalam pesan yang masih bersifat abstrak.

Proses komunikasi tahap kedua adalah penyandian, tahap ini masih terjadi dalam diri komunikator, berawal sejak pesan yang bersifat abstrak berhasil diwujudkan akal budi manusia ke dalam lambang komunikasi. Proses ini sering disebut *encoding*, proses penyandian. Akal budi manusia berfungsi sebagai *encoder*, alat penyandi, mengubah pesan yang abstrak menjadi konkrit.

Proses komunikasi tahap ketiga adalah pengiriman, proses ini terjadi ketika komunikator melakukan tindakan komunikasi mengirim lambang komunikasi dengan peralatan jasmaniahnya yang berfungsi sebagai transmitter alat pengirim. (Komala 2009:83)

DAFTAR PUSTAKA

- Baran Stanley J & Dennis K.Davis. 2010. *Teori Dasar Komunikasi Pergolakan, Dan Masa Depan Massa*. Salemba Humanika, Jakarta.
- Barus, Sedia Willing. 2011. *Jurnalistik Petunjuk Teknis Menulis Berita*. Erlangga, Jakarta.
- Harahap, Arifin. 2018. *Manajemen Pemberitaan & Jurnalistik TV*. Indeks, Jakarta.
- Komala Lukiati.2009. Ilmu Komunikasi, Perspektif, Proses dan Konteks. Widya Padjadjaran.
- Littlejohn Stephen W & Foss Karen A. 2011. *Teori Komunikasi Theories of Human Communication*. Salemba Humanika, Jakarta.
- Mulyana Deddy.2007. Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar. PT Remaja Rosdakarya Bandung.
- Nasution, Zulkarimein. 2015. *Etika Jurnalisme Prinsi-Prinsip Dasar*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Nurudin. 2017. *Perkembangan Teknologi Komunikasi*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Oramahi, Hasan Asy'ari. 2012. *Jurnalistik Radio Kiat Menulis Berita Radio*. Erlangga, Jakarta.

BIODATA PENULIS



Dr. Musdalifah Syamsul, S.KM., M.Kes

Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Salewangang Maros

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 14 Januari 1981. Lulus S1 di Jurusan Epidemiologi dan Biostatistik, Program Studi Kesehatan Masyarakat. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea tahun 2003, lulus S2 di Jurusan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (UNHAS) tahun 2011. Saat ini bekerja sebagai dosen pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Salewangang Maros.

Penulis pernah mengikuti Peningkatan Kualitas Publikasi International (Sandwich-Like) di University of Queensland tahun 2016. Sebagai presenter pada International Conference di UNM. Berbagai tulisannya sudah termuat di berbagai jurnal baik nasional maupun international. Salah satu tulisannya tentang The Roles of family in Preventing Dengue Fever in Regency of Maros, South Sulawesi, Indonesia telah dimuat pada IOP Conference Series, edisi Juni 2018.

BIODATA PENULIS



Muhamad Abas, SKM.,M.Kes.,MM

Dosen Program Studi D3 Sanitasi Mimika Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Brebes Jawa Tengah tanggal 13 Mei 2079. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Sanitasi Mimika Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan SI Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang Lulus Tahun 2003, setelah melanjutkan S2 di Program Study Promosi Kesehatan Unversitas Diponegoro Semarang dan Lulus pada tahun 2010, serta melanjutkan S2 di Program Study Pasca Sarjana Magister Manajemen pada Universiitas Semarang Lulu Tahun 2011.

BIODATA PENULIS



Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes.,M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.

Penulis lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994 – 1995 , di RS PMI Bogor tahun 1995 - 2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017 – 2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.

BIODATA PENULIS



Musliha Mustary,SKM.,M.Kes
Dosen Stikes Salewangang Maros

Penulis lahir di Maros, 3 September 1981, beralamat di Makassar. Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2003. Tahun 2009 melanjutkan studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Bekerja sebagai dosen tetap di Stikes Salewangang Maros sejak tahun 2004, dengan jabatan akademik Lektor.

BIODATA PENULIS



Urhuhe Dena Siburian

Penulis lahir di Batu Bara, 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. Email denasiburian2019@gmail.com

BIODATA PENULIS



Sulistyani Prabu Aji, M.Kes

Staf Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis lahir di Surakarta, 09 Agustus 1989. Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa ikatan Dinas S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah sebagai pembicara atau moderator. Mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan . Penulis juga mendirikan sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi dan metode komplementer.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Kholis Ernawati, S.Si, Mkes

Dosen Fakultas Kedokteran, Universitas YARSI, Jakarta
Pusat SDGs dan Kependudukan, Universitas YARSI

Penulis (50 tahun) adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas YARSI. Selain itu, penulis juga mendapatkan amanah sebagai Ketua Pusat SDGs dan Kependudukan Univ. YARSI periode 2021 – 2026. Penulis menyelesaikan studi S1 dan S2 di Universitas Airlangga, kemudian S3 di Universitas Indonesia. Bidang keahlian penulis adalah Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan. Mengajar di Fakultas Kedokteran Universitas YARSI sejak tahun 2006 – sekarang. Penulis aktif menulis artikel ilmiah dan diterbitkan pada prosiding nasional, internasional, jurnal nasional dan internasional, membuat karya serta mendaftarkan ke HKI, dan menyusun modul serta buku. Aktifitas selain mengajar adalah sebagai Asesor Prodi Kesmas LAM PTKes, Evaluator Prodi Baru Kelembagaan Kemdikbud, reviewer pada beberapa jurnal nasional dan internasional dan mengikuti organisasi profesi keilmuan yaitu IESA, Purwaku, Apkesi, Kode Pena serta organisasi Pegiat Literasi Nusantara

BIODATA PENULIS



Wiwiek Mulyani, SKM.,M.Sc

Dosen Program Studi D3 Sanitasi Jayapura Jurusan Kesehatan
Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Jayapura Papua tanggal 26 Maret 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Sanitasi Jayapura Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan SI Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro Semarang Lulus Tahun 2005, setelah melanjutkan S2 di Fakultas Kedokteran Ilmu Kesehatan Kerja Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan Lulus pada tahun 2012.

BIODATA PENULIS



Drs. Dirhan, M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat (STIKES)
Tri Mandiri Sakti Bengkulu

Lahir di Bengkulu 10 November 1963. Dosen tetap ASN LL Dikti Wilayah II Dpk pada Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES TMS Bengkulu,. Pendidikan Magister Promosi Kesehatan 2008 Universitas Diponegoro.

BIODATA PENULIS



Loveria Sekarrini, SKM, MKM

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Mh Thamrin

Penulis lahir di Bogor, 24 September 1988. Penulis adalah dosen di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Mh Thamrin. Penulis adalah aktifis kesehatan reproduksi remaja dengan latar belakang S1 dan S2 di bidang Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia. Penulis merupakan founder LSM Nasional “Aliansi Remaja Independen”. Beliau menjadi Duta Remaja Indonesia (2005), dan menjadi Delegasi RI untuk United Nation High Level Meeting dan CDP 47th Session di New York (2014). Penulis juga memiliki sejumlah pencapaiannya seperti *Inspirational Young Leader Driving Social Change* oleh UNFPA Indonesia (2015) dan *120 inspiring young people* dari Bill and Melinda Gates Institute (2017). Penulis juga merupakan menjadi Konsultan Kespro Remaja di Situasi Bencana oleh UNFPA dan Kemenkes serta aktif dalam organisasi profesi keehatan masyarakat IAKMI dan Asosiasi Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia (AIPTKMI).

BIODATA PENULIS



Susilo Wirawan, SKM MPH

Staf Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Yogyakarta

Penulis lahir di Ponorogo 15 Januari 1970 adalah dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN Ronowijayan II, pendidikan menengah di SMPN 2 Ponorogo (1987) dan SMAN 1 Ponorogo (1990).

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

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

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

Penulis telah menghasilkan tiga buah karya berupa buku di antaranya ***“Gizi Ibu Hamil”*** yang telah memiliki HAKI dan ISBN (Penerbit Forikes, 2018), ***“Statistik Untuk Tenaga Kesehatan”*** yang telah mendapatkan ISBN (Penerbit Pustaka Baru Press, 2021) dan menulis *Book Chapter* pada buku ***“Ilmu Kesehatan Masyarakat”*** yang telah memiliki HAKI dan mendapatkan ISBN (Penerbit Getpres, 2022). Pengalaman bekerja selain aktifitas mengajar penulis pernah mengikuti berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di antaranya Pendidikan Akta Mengajar III di IKIP Negeri Semarang (1997), Pelatihan *Virtual Training Studio (VTS)* di Mataram (2003), Pelatihan dalam rangka penelitian ***“Operational Study on Delivery of Vitamin A Capsules to Post Partum Women”*** yang dilaksanakan oleh Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes RI (2004) dan *Regional Course “Nutritional Epidemiology and Surveillance”* yang diselenggarakan oleh SEAMEO RECFON di Universitas Indonesia, Jakarta (2012) serta pelatihan PEKERTI yang diselenggarakan oleh Universitas Negeri Yogyakarta/UNY (2022).

Pengalaman dalam bidang penelitian di antaranya penulis ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional seperti Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS (2010 dan 2013), Riset Fasilitas Kesehatan/RIFASKES (2011), Riset Intervensi Kesehatan /RIK (2014-2016), dan Riset Tenaga Kesehatan/RISNAKES (2017) yang dibiayai oleh Balitbangkes Kemenkes RI. Sebagai seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) penulis telah memperoleh Piagam tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya XX dari Presiden RI (2014). Penulis juga telah menerima penghargaan sebagai dosen berprestasi Tingkat Potekkes Kemenkes Mataram 2015 dan mewakili Poltekkes Mataram pada tingkat Nasional (2015).

BIODATA PENULIS



Rita Aruan

Staf Dosen Jurusan Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Darma Agung Medan

Penulis lahir di Sei Balai tanggal 11 Mei 1984. Penulis adalah dosen pada Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Darma Agung Medan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Komunikasi dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Komunikasi. Penulis menekuni bidang Ilmu Komunikasi.