

DASAR – DASAR PROMOSI KESEHATAN



- Iseu Siti Aisyah
- Nurlindawati
- Nova Oktavia
- Febriantika
- Sintikhewati Yenly Sucipto
- Dian Jayantari Putri K. Hedo
- Muhammad Ridha Afdhal
- Lukman Waris
- Kartika Pibriyanti
- Susilo Wirawan
- Ashari
- Noorce Christiani Berek
- Christina Rony Nayoan
- Ilham Zulfikar



DASAR – DASAR PROMOSI KESEHATAN

**Iseu Siti Aisyah
Nurlindawati
Nova Oktavia
Febriantika
Sintikhewati Yenly Sucipto
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Muhammad Ridha Afdhal
Lukman Waris
Kartika Pibriyanti
Susilo Wirawan
Ashari
Noorce Christiani Berek
Christina Rony Nayoan
Ilham Zulfikar**



GET PRESS INDONESIA

DASAR – DASAR PROMOSI KESEHATAN

Penulis :

Iseu Siti Aisyah
Nurlindawati
Nova Oktavia
Febriantika
Sintikhewati Yenly Sucipto
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Muhammad Ridha Afdhal
Lukman Waris
Kartika Pibriyanti
Susilo Wirawan
Ashari
Noorce Christiani Berek
Christina Rony Nayoan
Ilham Zulfikar

ISBN : 978-623-198-628-3

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Agustus 2023

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Dasar – Dasar Promosi Kesehatan ini.

Buku ini membahas Pengantar kesehatan dan proses belajar, Konsep promosi kesehatan, Perilaku kesehatan, Model perilaku kesehatan, Strategi promosi kesehatan, Metode dan media promosi kesehatan, Pemasaran sosial, Perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan, Promosi kesehatan di keluarga, Promosi kesehatan di sekolah, Promosi kesehatan puskesmas, Promosi kesehatan tempat kerja, Kewirausahaan sebagai salah satu metode promosi kesehatan, Kajian Standar Akreditasi Puskesmas.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 PENGANTAR KESEHATAN DAN	
PROSES BELAJAR	1
1.1 Pengantar Kesehatan	1
1.2 Proses Belajar dalam Perubahan Perilaku	6
1.3 Jenis-Jenis Pembelajaran	9
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN	13
2.1 Sejarah Promosi Kesehatan	13
2.2 Tujuan Promosi Kesehatan	15
2.3 Strategi Promosi Kesehatan	15
2.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	16
2.5 Sasaran Promosi Kesehatan	20
2.6 Perilaku dalam Promosi Kesehatan	21
2.7 Metode Promosi Kesehatan	22
2.7.1 Metode pendidikan individual (perorangan)	22
2.7.2 Metode pendidikan kelompok	22
2.7.3 Metode pendidikan massa	23
2.8 Media Promosi Kesehatan	24
2.9 Tahap – tahap Kegiatan Promosi Kesehatan	25
2.10 Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan	25
2.11 Kompetensi Promosi Kesehatan	26
2.12 Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan	28
2.13 Hambatan Promosi Kesehatan	28
2.14 Hasil Yang Diharapkan	29
2.15 Kode Etik Praktik Promosi Kesehatan	30
DAFTAR PUSTAKA	32

BAB 3 PERILAKU KESEHATAN	33
3.1 Konsep Perilaku.....	33
3.1.1 Pengertian Perilaku.....	33
3.1.2 Domain Perilaku	34
3.2 Perilaku Kesehatan	36
3.2.1 Pengertian Perilaku Kesehatan	36
3.2.2 Jenis Perilaku Kesehatan	36
3.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan.....	39
3.2.4 Teori Perilaku Kesehatan.....	40
3.2.5 Tahap Perubahan Perilaku	44
DAFTAR PUSTAKA.....	47
BAB 4 MODEL PERILAKU KESEHATAN	49
4.1 Pendahuluan.....	49
4.2 Model Perilaku Kesehatan (<i>Health Belief Model</i>):	49
4.3 Teori Tindakan Beralasan (<i>Theory of Reasoned Action</i>)	51
4.4 Teori Perilaku Terencana (<i>Theory of Planned Behaviour</i>):	52
4.5 Model Transteoretikal (<i>Transtheoretical Model</i>)	54
DAFTAR PUSTAKA.....	61
BAB 5 STRATEGI PROMOSI KESEHATAN.....	63
5.1 Pendahuluan.....	63
5.2 Strategi-Strategi Promosi Kesehatan.....	63
5.2.1 Advokasi.....	63
5.2.2 Bina Suasana.....	67
5.2.3 Gerakan Pemberdayaan Masyarakat	69
5.2.4 Kemitraan	72
DAFTAR PUSTAKA.....	75
BAB 6 METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN.....	77
6.1 Pengantar Promosi Kesehatan	77
6.2 Metode dalam Promosi Kesehatan.....	78
6.3 Media dalam Promosi Kesehatan	80

DAFTAR PUSTAKA	85
BAB 7 PEMASARAN SOSIAL.....	87
7.1 Sejarah Pemasaran Sosial	91
7.1.1 Awal Mula Berkembangnya Praktik Pemasaran Sosial.....	92
7.1.2 Evolusi Pemasaran Sosial di Negara Maju	94
7.2 Prinsip Pemasaran Sosial.....	95
7.2.1 Karakteristik Pemasaran Sosial.....	95
7.2.2 Penerapan Pemasaran Sosial.....	99
7.2.3 Strategi Pemasaran Sosial.....	101
7.2.4 Merancang Program Pemasaran Sosial Terpadu	105
7.2.5 Bauran Pemasaran yang Diterapkan pada Perilaku, Produk, dan Layanan	106
7.3 Etika Pemasaran Sosial.....	114
DAFTAR PUSTAKA	118
BAB 8 PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN	123
8.1 Pendahuluan.....	123
8.2 Pendidikan dan Promosi Kesehatan.....	125
8.2.1 Pendidikan Kesehatan	126
8.2.2 Promosi Kesehatan	134
8.3 Perencanaan dan Evaluasi Program Pendidikan dan Promosi Kesehatan.....	140
8.3.1 Perencanaan Program Pendidikan dan Promosi Kesehatan.....	140
8.3.2 Evaluasi Program Promosi Kesehatan	141
DAFTAR PUSTAKA	143
BAB 9 PROMOSI KESEHATAN DI KELUARGA.....	145
9.1 Pendahuluan.....	145
9.2 Keluarga atau Rumah Tangga.....	148
9.3 Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga.....	149
9.4 Fungsi Keluarga dalam Promosi Kesehatan.....	152
9.5 Penerapan Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga	155

9.6 Sasaran Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga	165
9.7 Kegiatan Promosi Kesehatan di Rumah Tangga	167
DAFTAR PUSTAKA.....	168
BAB 10 PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH	171
10.1 Pendahuluan.....	171
10.2 Program Promosi Kesehatan di Sekolah.....	173
10.3 Kemitraan dan Promosi Kesehatan di Sekolah.....	177
10.4 Komponen Promosi Kesehatan Sekolah.....	181
DAFTAR PUSTAKA.....	185
BAB 11 PROMOSI KESEHATAN DI PUSKESMAS	187
11.1 Pendahuluan.....	187
11.2 Strategi Promosi Kesehatan	188
11.2.1 Pemberdayaan	188
11.2.2 Bina Suasana.....	191
11.2.3 Advokasi	192
11.2.4 Kemitraan	194
11.3 Hal-Hal Yang Mendukung Pelaksanaan Promosi Kesehatan.....	195
11.3.1 Metode dan Media.....	196
11.3.2 Sumber daya	197
11.4 Promosi Kesehatan Dalam Gedung Puskesmas	198
11.4.1 Tempat Pendaftaran	198
11.4.2 Ruang Poliklinik	198
11.4.3 Ruang Pelayanan KIA dan KB	199
11.4.4 Ruang Perawatan Inap.....	199
11.4.5 Ruang Laboratorium	200
11.4.6 Ruang Apotek.....	200
11.4.7 Tempat Pembayaran.....	201
11.4.8 Halaman atau Taman Puskesmas.....	201
11.5 Promosi Kesehatan Luar Gedung Puskesmas.....	202
11.5.1 Kunjungan Lapangan/Rumah.....	203
11.5.2 Pemberdayaan Berjenjang.....	204
11.5.3 Pengorganisasian Masyarakat	205

DAFTAR PUSTAKA	207
BAB 12 PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA	209
12.1 Pendahuluan	209
12.2 Promosi Kesehatan.....	209
12.2.1 Kesehatan dan Promosi Kesehatan	209
12.2.2 Tempat Kerja Sebagai Tempat Promosi Kesehatan	210
12.3 Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja.....	212
12.3.1 Manfaat Promosi Kesehatan di Tempat Kerja.....	214
12.3.2 Merencanakan Program Promosi Kesehatan di Tempat Kerja	218
12.3.3 Faktor Kunci Keberhasilan Promosi Kesehatan di Tempat Kerja.....	222
DAFTAR PUSTAKA	224
BAB 13 KEWIRAUSAHAAN SEBAGAI SALAH SATU METODE PROMOSI KESEHATAN	227
13.1 Pendahuluan	227
13.2 Wirausahawan Sosial atau Social entrepreneur	228
13.3 Wirausahawan sosial dan promosi kesehatan	231
13.4 Kewirausahaan Kesehatan Masyarakat (<i>Public Health Entrepreneurship</i>)	236
13.5 Panggilan Untuk Inovasi Dalam Kurikulum Kesehatan Masyarakat	238
DAFTAR PUSTAKA	240
BAB 14 KAJIAN STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS.....	243
14.1 Standar Akreditasi Puskesmas	243
14.2 Pertimbangan Diterbitkannya KMK Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat	245
14.3 Kajian Standar Akreditasi Puskesmas Tahun 2023	247
DAFTAR PUSTAKA	255
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Taksonomi Bloom.....	35
Gambar 3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku	40
Gambar 5.1. Kaitan Strategi-Strategi dalam Promosi Kesehatan.....	73
Gambar 7.1. Model Integrasi Pemasaran Sosial.....	106
Gambar 7.2. Konsep Bauran Pemasaran 4P	108
Gambar 8.1. Model hubungan dari pendidikan dan promosi kesehatan.	126
Gambar 8.2. Komponen umum dari model perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan.....	141
Gambar 9.1. Saling pengaruh antar tatanan dalam PHBS.....	156
Gambar 10.1. Usaha Kesehatan Sekolah	174
Gambar 10.2. Contoh Buku Panduan untuk Guru.....	179
Gambar 10.3. Trias Usaha Kesehatan Sekolah	182
Gambar 11.1. Tahapan Gerakan Pengorganisasian Masyarakat.....	203
Gambar 11.2. Identifikasi mitra/pemuka masyarakat dan kader masyarakat di setiap tatanan	205
Gambar 12.1. Model kesehatan tempat kerja ENWHP	213
Gambar 12.2. Kerangka kerja untuk efek dan hasil dari tempat kerja	215
Gambar 12.3. dikaitkan dengan program promosi kesehatan di tempat kerja di Inggris (skala: jumlah studi kasus, n=55)	217

Gambar 12.3. Dasar Blok bangunan dasar dari
Program WHP berdasarkan siklus
manajemen proyek.....219

Gambar 14.1. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan247

DAFTAR TABEL

Tabel 7.1. Definisi Pemasaran Sosial	89
Tabel 7.2. Karakteristik Pendekatan Pemasaran Sosial.....	96
Tabel 7.3. Kerangka Konsep untuk Menggunakan Pendidikan, Pemasaran, dan Hukum untuk mengubah perilaku sosial dan Kesehatan.....	103

BAB 1

PENGANTAR KESEHATAN DAN PROSES BELAJAR

Oleh Iseu Siti Aisyah

1.1 Pengantar Kesehatan

Pengertian kesehatan mencakup pandangan yang lebih luas tentang kesehatan, yang melibatkan aspek fisik, mental, dan sosial dari kehidupan seseorang. Konsep ini mengakui bahwa kesehatan bukan hanya memiliki penyakit atau kelainan fisik, tetapi kondisi yang mencakup kesehatan secara keseluruhan. Dalam definisi kesehatan yang dikeluarkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1948, kesehatan didefinisikan sebagai "keadaan yang sempurna dari kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, dan bukan hanya sekedar ketiadaan penyakit atau kecacatan." Dalam pengertian yang luas, kesehatan fisik mencakup fungsi tubuh dan kesehatan organ tubuh, serta tidak adanya penyakit atau kelainan fisik yang signifikan. Ini termasuk menjaga kesehatan secara keseluruhan dengan menjaga pola makan yang seimbang, berolahraga secara teratur, dan tidur yang cukup. Untuk tetap sehat, melakukan pemeriksaan secara rutin dan mendapatkan imunisasi secara teratur sangatlah penting.

Selain aspek fisik, kesehatan juga mencakup aspek mental, yang meliputi kesehatan pikiran, emosi, dan mental, seperti kemampuan mengelola stres, berpikir positif, dan memiliki kepercayaan diri yang sehat. Kesehatan mental juga mencakup kemampuan untuk membangun hubungan yang sehat, mengatasi tantangan kehidupan, dan menjaga keseimbangan emosional yang baik. Orang dapat melakukan hal-hal seperti pemulihan, terapi,

atau olahraga mental untuk meningkatkan kesehatan mental secara keseluruhan. Selain itu, elemen sosial dalam pengertian kesehatan yang lebih luas menunjukkan betapa pentingnya interaksi sosial dan hubungan yang sehat. Kesehatan sosial melibatkan memiliki jaringan dukungan sosial yang kuat, keterlibatan dalam komunitas, dan memiliki tujuan dan makna dalam hidup. Hubungan sosial yang baik dan rasa keterhubungan dengan orang lain dapat berkontribusi pada kesejahteraan secara keseluruhan. Untuk menjaga kesehatan sosial, orang harus menjalin hubungan yang saling mendukung, berpartisipasi dalam kegiatan sosial yang penting, dan menghargai kesetaraan serta keadilan sosial.

Pengertian kesehatan yang komprehensif mengakui hubungan yang erat antara aspek-aspek ini. Kesehatan fisik yang buruk dapat berdampak negatif pada kesehatan mental dan sosial seseorang, sebaliknya masalah kesehatan mental seperti depresi atau kecemasan dapat berdampak pada kesehatan fisik dan hubungan sosial seseorang. Oleh karena itu, untuk mencapai kesehatan yang terbaik, penting untuk menjaga keseimbangan fisik, mental, dan sosial. Untuk meningkatkan kualitas hidup seseorang dan masyarakat secara keseluruhan, pengertian kesehatan yang menyeluruh sangat membantu. Dengan mengetahui bahwa kesehatan terdiri dari fisik, mental, dan sosial, orang dapat mengambil tindakan yang menyeluruh untuk merawat kesehatannya. Strategi ini mendorong mereka mengadopsi gaya hidup sehat, mengelola stres dengan lebih baik, membangun hubungan sosial yang kuat, dan mencari dukungan jika diperlukan. Selain itu, pemahaman yang menyeluruh tentang kesehatan juga memberikan dasar yang kuat untuk membangun kebijakan kesehatan yang holistik dan inklusif.

A Joint Committee on Tecnology in Health education of United States (1973) pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatankegiatan dari intelektual, psikologi

dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara standar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat (Machfhoed, 2006: 6). Menggunakan pendekatan yang menggabungkan pemahaman tentang kesehatan dan proses pendidikan dalam promosi kesehatan memiliki potensi besar untuk meningkatkan kualitas hidup seseorang dan masyarakat secara keseluruhan. Ada dua cara untuk mempromosikan kesehatan. Pengertian pertama mengacu pada pencegahan penyakit secara keseluruhan, sedangkan pengertian kedua mengacu pada menyebarluaskan, pengenalan, atau menjual kesehatan. Dengan perkataan lain promosi kesehatan adalah memperkenalkan pesan-pesan kesehatan atau upaya – upaya kesehatan sehingga masyarakat menerima atau mengenal pesan kesehatan tersebut sehingga masyarakat mau berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2010).

Dalam promosi kesehatan, pemahaman yang luas tentang kesehatan dan proses belajar saling mendukung dan memperkuat satu sama lain. Pertama, pemahaman tentang kesehatan yang holistik melampaui pemahaman tradisional yang hanya berfokus pada fisik. Kesehatan yang holistik mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial. Dalam hal promosi kesehatan, pemahaman ini mendorong pendekatan yang luas untuk meningkatkan kualitas hidup. Individu dididik untuk memahami bahwa kesehatan tidak hanya berarti tidak ada penyakit yang sama sekali, tetapi juga keseimbangan dan keharmonisan dalam semua aspek kehidupan. Kedua, proses memainkan peran penting dalam promosi kesehatan. Pendidikan melarang orang dan masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat, faktor risiko penyakit, dan cara menjaga kesehatan. Pendidikan juga membantu mereka mengubah perilaku dan mendukung pilihan hidup sehat. Pendekatan pendidikan kesehatan digunakan dalam promosi kesehatan untuk memberi orang informasi yang relevan dan akurat, mendorong

mereka untuk berpikir kritis, dan mendorong mereka untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Dalam promosi kesehatan, menggabungkan pemahaman tentang kesehatan dan proses belajar sangat menguntungkan. Pertama, orang yang tahu tentang kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya dapat membuat pilihan yang lebih bijaksana dan bertanggung jawab tentang gaya hidup mereka. Mereka juga dapat melihat hubungan antara pilihan mereka dan kesehatan mereka secara keseluruhan. Kedua, orang dapat mempelajari keterampilan yang diperlukan untuk menjalani gaya hidup sehat melalui pendidikan yang berkelanjutan. Misalnya, mereka dapat belajar tentang nutrisi yang baik, cara mengendalikan stres, mengapa aktivitas fisik penting, dan bagaimana membangun hubungan sosial yang sehat. Keterampilan ini memungkinkan orang untuk menerapkan perubahan perilaku yang berkelanjutan dan mengadaptasinya dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, strategi yang lebih efektif dapat dikembangkan dengan menggabungkan pemahaman tentang kesehatan dan proses belajar dalam promosi kesehatan.

Dalam promosi kesehatan, menggabungkan pemahaman tentang kesehatan dan proses belajar sangat menguntungkan. Pertama, orang yang tahu tentang kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya dapat membuat pilihan yang lebih bijaksana dan bertanggung jawab tentang gaya hidup mereka. Mereka juga dapat melihat hubungan antara keputusan yang mereka buat dan pengaruhnya terhadap kesehatan mereka secara keseluruhan. Dengan pemahaman yang lebih dalam tentang kesehatan, orang menjadi lebih sadar betapa pentingnya menjaga keseimbangan antara kehidupan fisik, mental, dan sosial.

Kedua, individu dapat memperoleh keterampilan untuk menjaga gaya hidup sehat melalui pendidikan yang berkelanjutan. Dalam proses ini, mereka dapat belajar tentang nutrisi yang sehat, cara mengendalikan stress, pentingnya aktivitas fisik, dan cara

membangun hubungan sosial yang sehat. Dengan keterampilan ini, mereka dapat melakukan perubahan perilaku yang berkelanjutan dan mengadap Mereka memiliki kemampuan untuk membuat rencana pribadi yang berguna untuk mengatasi masalah dan hambatan dalam menjaga kesehatan mereka.

Pengembangan strategi promosi kesehatan yang lebih baik dapat dicapai dengan menggabungkan pemahaman tentang kesehatan dan proses belajar. Para ahli promosi kesehatan dapat membuat intervensi program yang lebih efektif dengan memahami kesehatan secara menyeluruh dan mempelajari dari program sebelumnya. Mereka dapat membuat program yang lebih relevan dan tepat sasaran dengan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu. Dengan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu, mereka dapat mengidentifikasi metode intervensi yang paling efektif dan relevan dengan konteks masyarakat yang dituju.

Integrasi pemahaman kesehatan dan proses pembelajaran juga memungkinkan adanya pendekatan yang lebih menyeluruh dalam promosi kesehatan. Dalam promosi kesehatan yang menggabungkan pemahaman kesehatan yang menyeluruh dan proses pembelajaran, tidak hanya berfokus pada satu aspek kesehatan saja, tetapi juga mempertimbangkan hubungan antara aspek fisik, mental, dan sosial. Pendekatan yang menyeluruh ini memungkinkan pengembangan program yang melibatkan berbagai dimensi kesehatan, seperti gizi, aktivitas fisik, manajemen stres, kesehatan mental, dan interaksi sosial. Dengan demikian, program-program promosi kesehatan dapat memenuhi kebutuhan individu secara menyeluruh dan mendorong perubahan perilaku yang berkelanjutan.

1.2 Proses Belajar dalam Perubahan Perilaku

Transformasi perilaku merupakan komponen yang penting dalam usaha mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang optimal. Sering kali masyarakat berupaya mengadopsi pola hidup yang sehat serta menghindari perilaku yang berisiko. Akan tetapi, mengubah perilaku bukanlah hal yang sederhana, dan proses pembelajaran memegang peranan yang penting dalam membentuk perilaku yang positif.

Proses pembelajaran melibatkan perolehan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan melalui pengalaman, pengamatan, dan interaksi dengan lingkungan sekitar. Dalam konteks perubahan perilaku, proses pembelajaran membantu individu untuk memahami akibat dari perilaku mereka, mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhinya, dan mengembangkan strategi untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Pertama-tama, proses pembelajaran memainkan peran penting dalam memberikan informasi dan pengetahuan kepada individu tentang akibat dari perilaku mereka. Melalui pendidikan dan penyuluhan, individu diperkenalkan dengan informasi tentang manfaat dari perilaku sehat dan risiko dari perilaku berbahaya. Proses pembelajaran membantu individu memahami kaitan antara tindakan dan kondisi kesehatan mereka, memberikan pemahaman yang mendasar mengenai mengapa perubahan tindakan diperlukan. Selanjutnya, proses pembelajaran memungkinkan individu untuk mengembangkan pemahaman yang lebih mendalam tentang diri mereka sendiri dan faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan mereka. Melalui introspeksi, diskusi, atau interaksi dengan orang lain, individu dapat memahami apa yang mendorong mereka untuk melakukan atau menghindari tindakan tertentu. Proses pembelajaran membantu individu mengidentifikasi pola tindakan yang tidak sehat atau berisiko, serta faktor-faktor lingkungan atau sosial yang mempengaruhinya. Dengan pemahaman yang lebih

dalam tentang diri mereka sendiri, individu menjadi lebih mampu mengatasi hambatan dan mempertahankan perubahan tindakan.

Di samping itu, proses pembelajaran membantu individu dalam mengembangkan kemampuan dan metode yang diperlukan untuk mengubah perilaku. Melalui pendidikan, pelatihan, atau pengalaman langsung, individu dapat mempelajari keterampilan praktis yang memungkinkan mereka untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Sebagai contoh, individu dapat mempelajari strategi pengelolaan stres, kemampuan komunikasi yang efektif, atau teknik pemecahan masalah yang membantu mereka dalam mengatasi rintangan dan mempertahankan perubahan perilaku. Proses pembelajaran memberikan individu alat yang diperlukan untuk merencanakan dan melaksanakan langkah konkret untuk mencapai tujuan perilaku yang diinginkan.

Tidak hanya itu, penting untuk menyadari bahwa proses pembelajaran adalah proses yang berlangsung terus-menerus. Proses pembelajaran tidak hanya terjadi pada tahap awal perubahan perilaku, tetapi terus berlangsung seiring berjalannya waktu. Individu terus mendapatkan informasi baru, mengalami pengalaman baru, dan beradaptasi dengan tantangan baru yang muncul. Dalam konteks perubahan perilaku, proses pembelajaran yang berlangsung terus-menerus memungkinkan individu untuk meningkatkan dan memperkuat perubahan yang telah mereka lakukan, serta mengatasi kemungkinan kembali ke perilaku lama yang tidak sehat. Proses pembelajaran memainkan peran penting dalam perubahan perilaku. Melalui proses pembelajaran, individu memperoleh pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang lebih baik mengenai perilaku mereka.

Proses pembelajaran membantu individu dalam mengenal risiko perilaku yang tidak sehat dan manfaat perilaku yang sehat, serta memperkuat motivasi untuk melakukan perubahan. Selain itu, proses pembelajaran memungkinkan individu untuk

memahami diri mereka sendiri, mengatasi hambatan, dan mengembangkan strategi yang diperlukan untuk mengubah perilaku. Perubahan perilaku yang berkelanjutan memerlukan proses pembelajaran yang berlanjut dan adaptasi terhadap perubahan lingkungan dan tantangan yang muncul seiring waktu. Dalam rangka mencapai kesehatan yang optimal, penting bagi individu untuk memanfaatkan peran penting proses pembelajaran dalam merancang dan menerapkan perubahan perilaku yang positif.

Morgan mengatakan bahwa suatu aktivitas disebut belajar jika memiliki tiga karakteristik berikut: Belajar adalah perubahan perilaku; Perubahan terjadi karena praktik dan pengalaman, bukan karena pertumbuhan; dan Perubahan tersebut harus bersifat abadi dan tetap ada untuk periode yang cukup lama.

Dalam proses belajar akan tercakup hal-hal berikut:

1. Latihan

Latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang aktifitas tertentu.

2. Menambah atau memperoleh tingkah laku baru

Belajar sebenarnya adalah suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, kecakapan, keterampilan, dan nilai-nilai) dengan aktivitas kejiwaan sendiri.

Kegiatan belajar mempunyai ciri-ciri:

1. Belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan pada diri individu yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial.
2. Perubahan tersebut pada pokoknya didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relatif lama.
3. Perubahan-perubahan itu terjadi karena usaha, bukan karena proses kematangan.

Proses belajar dalam kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan[1]. Berikut adalah beberapa hal yang mencakup proses belajar dalam kesehatan:

1. Latihan penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu: hal ini dapat membantu dalam pembiasaan dan peningkatan keterampilan
2. Pengolahan informasi: belajar melibatkan pengolahan informasi yang diterima oleh otak, seperti ingatan dan retensi
3. Pengembangan pengetahuan, sikap, dan perilaku: proses belajar pada orang dewasa dapat membantu dalam pengembangan pengetahuan, sikap, dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
4. Perubahan perilaku hidup sehat: pendidikan kesehatan dapat membantu individu, kelompok, atau masyarakat dalam meningkatkan kesadaran diri dan perilaku hidup sehat

Proses pembelajaran dalam bidang kesehatan dapat membantu individu dalam meningkatkan pengetahuan, keahlian, sikap, dan tindakan yang terkait dengan kesehatan. Ini dapat membantu mencegah penyakit dan meningkatkan mutu kehidupan.

1.3 Jenis-Jenis Pembelajaran

Jenis-jenis pembelajaran dalam kesehatan dapat bervariasi tergantung pada tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Berikut adalah beberapa jenis pembelajaran dalam kesehatan yang umum digunakan:

1. Ceramah: metode ini melibatkan penyampaian informasi secara verbal oleh seorang ahli atau pembicara yang berpengalaman. Metode ini cocok untuk kelompok besar dan

dapat digunakan untuk sasaran yang berpendidikan tinggi atau rendah. Kelebihan untuk metode ini adalah ceramah tidak terlalu banyak menggunakan media / alat bantu untuk pembelajaran, kemudahan dapat diterapkan juga untuk sasaran usia dewasa, dan lebih efisien jika dilihat dari segi waktu, serta bisa untuk kelompok besar. Kekurangannya adalah sulit untuk mengidentifikasi reaksi sasaran dikarenakan respon sasaran yang terbatas, kemungkinan materi tidak menarik apabila pembicara tidak terlalu menguasai materi, kurang cocok untuk usia anak, keterbatasan daya ingat terhadap informasi.

2. Diskusi: metode ini melibatkan interaksi antara peserta didik dan fasilitator dalam diskusi terstruktur. Metode ini cocok untuk kelompok kecil dan dapat digunakan untuk sasaran yang berpendidikan tinggi. Kelebihannya yaitu terdapat kesempatan bagi para sasaran untuk memberikan respons terhadap topik yang dibahas dengan memberikan pendapat masing-masing, lebih bersifat demokratis, memperoleh berbagai macam pandangan, dan membantu mengembangkan kepemimpinan. Kekurangannya yaitu tidak cocok jika diaplikasikan pada kelompok besar, dan informasi yang didapatkan sasaran kemungkinan terbatas hanya pada lingkup diskusi.
3. Demonstrasi: metode ini melibatkan penggunaan contoh atau simulasi untuk menunjukkan cara melakukan suatu tindakan atau prosedur. Metode ini cocok untuk kelompok kecil dan dapat digunakan untuk sasaran yang berpendidikan rendah. Keunggulan metode ini adalah proses pembelajaran menjadi lebih jelas, lebih menarik peserta untuk memerhatikan materi yang disampaikan. Kekurangannya yaitu perlunya persiapan yang matang,

memerlukan dukungan alat peraga, serta tenaga pendidik perlu memiliki keterampilan khusus.

4. Penemuan: metode ini melibatkan penggunaan tanya jawab dan diskusi untuk membantu peserta didik menemukan jawaban sendiri. Metode ini cocok untuk kelompok kecil dan dapat digunakan untuk sasaran yang berpendidikan tinggi.
5. Journal Reading: metode ini melibatkan membaca dan membahas artikel jurnal yang telah ditentukan topiknya terlebih dahulu. Metode ini cocok untuk kelompok kecil dan dapat digunakan untuk sasaran yang berpendidikan tinggi.
6. Promosi Kesehatan: metode ini melibatkan penggunaan berbagai macam metode untuk menyampaikan informasi dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Metode ini dapat digunakan untuk kelompok besar dan sasaran yang berpendidikan tinggi atau rendah.

Berbagai macam pembelajaran dalam bidang kesehatan bisa disesuaikan dengan tujuan dan target yang ingin dicapai. Pemilihan cara belajar yang sesuai dapat membantu meningkatkan efektivitas pembelajaran dan mencapai hasil yang diharapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjani, A. D., Bmd, M., Aulia, D. L. N., & Bmd, M. 2021. Metodologi Penelitian Kesehatan.
- Notoatmodjo. 2010. Penerapan Metode Praktik Untuk Meningkatkan Kemampuan Melaksanakan Promosi Kesehatan.
- Salisah. 2011. Jurnal kes 1.pdf.
- Machfhoed.2006.Komunikasi Kesehatan.pdf.
- Nurmala, I, Rahman, F., Nugroho, A., Erlyani, N., Laily, N., Anhar, V. Y. 2018. Promosi Kesehatan. Airlangga University Press.
- Suhaid, D. N., Sulistiani, R. P., Manungkalit, E. M., Pabeno, Y., Sada, M., Pratiwi, A. I., ... & Wicaksono, D. 2022. Pengantar Promosi Kesehatan. Pradina Pustaka.

BAB 2

KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN

Oleh Nurlindawati

2.1 Sejarah Promosi Kesehatan

Pada saat itu istilah yang dikenal adalah Pendidikan Kesehatan yang merupakan salah satu Program Kesehatan berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama ketika terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasaran program tersebut perseorangan (individu), yang dimaksudkan agar pengetahuan seseorang berubah.

Kedua pada Tahun 1965-1975, perhatian kepada masyarakat dan peningkatan tenaga profesional melalui program Health Educational Service (HES) merupakan sasaran program pada periode ini. Meskipun sudah mulai aktif ke masyarakat tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual.

Ketiga, pada Tahun 1975-1985, pada periode Tahun 1975-1985 istilahnya berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. Dilakukannya pendekatan Community Development dengan menjadikan PKMD sebagai program andalan. Bermula dengan diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di SD. Posyandu lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat, dengan sasaran adanya perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan.

Keempat, pada Tahun 1985-1995, Direktorat Peran Serta Masyarakat (PSM) terbentuk, dengan tugas memberdayakan masyarakat kemudian berubah tugasnya sebagai penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang

kesehatan sehingga namanya pun berubah menjadi Pusat PKM, Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM adalah perubahan perilaku. Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh 'Ottawa Charter' tentang Promosi Kesehatan. Indonesia mendapat kunjungan dari Direktur *Health Promotion* WHO yaitu Dr. Ilona Kickbush pada tahun 1994. Kemudian Indonesia ditunjuk sebagai penyelenggara Konferensi Internasional *Health Promotion* yang keempat sehingga Depkes berupaya untuk menyamakan konsep dan prinsip tentang promosi kesehatan serta mengembangkan beberapa daerah menjadi daerah percontohan. Perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia ternyata sesuai dengan Konsep promosi kesehatan tersebut yaitu mengarah pada paradigma sehat (Nurianti, 2015).

Visi promosi kesehatan di Indonesia memiliki Visi promosi kesehatan yang tidak terlepas dari visi pembangunan kesehatan, seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan RI No. 366 Tahun 2009, yaitu: *"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 yang menjadi bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mampu mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia, sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan sebagai *"Masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya"*. Sedangkan visi promosi kesehatan menurut Fitriani (2011), yaitu:

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
3. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

Dapat disimpulkan bahwa 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.

2.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan yaitu proses bertujuan yang memungkinkan individu untuk meningkatkan kontrol dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri.

Demi mencapai derajat kesehatanyang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah ataumengatasi lingkungannya (Kemenkes, 2011) maka proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat, sehingga mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

2.3 Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan Soekidjo Notoatmodjo (2007) mengutip rumusan WHO (1984), Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global terdiri dari 4 hal sebagai berikut.

1. Advokasi (*advocacy*)

advokasi adalah upaya untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap tujuan yang diinginkan. Advokasi merupakan suatu pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan dalam sector juga tingkat sehingga terdapat dukungan dari para pejabat pada program kesehatan yang kita inginkan.

Kegiatan baik formal maupun informal, seperti penyajian

atau presentasi dan seminar tentang usulan program yang diharapkan mendapat dukungan dari pejabat terkait. Kegiatan advokasi dalam bentuk informal contohnya mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dan/atau fasilitas lain.

2. Dukungan sosial (*social support*)

Dukungan yang berasal dari tokoh agama dan tokoh adat, petugas kesehatan dan pejabat pemerintah sangat dibutuhkan dalam promosi Kesehatan sehingga program berjalan dengan baik.

Kegiatannya bisa berupa seminar, pelatihan-pelatihan tokoh masyarakat, bimbingan kepada tokoh masyarakat, lokakarya dan sebagainya.

3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung dengan tujuan mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*visi promosi kesehatan*). Kegiatannya yaitu penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk pelatihan- pelatihan atau koperasi untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*incomes generating skill*).

2.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Berdasarkan aspek pelayanan kesehatan promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan yakni :

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah kelompok orang sehat menjadi Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan

kesehatannya.

2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat dan kelompok yang berisiko tinggi (high risk) merupakan sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, perokok, para pekerja seks dan sebagainya. Tujuannya untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi/terkena sakit.

3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita (pasien) terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti asma, diabetes melitus (gula), tuberculosis, rematik, hipertensi dan sebagainya. Tujuannya adalah untuk mencegah penyakit agar tidak semakin parah.

4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (recovery). Tujuannya untuk memulihkan kesehatan mereka dengan segera. Dengan kata lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecatatan akibat penyakitnya.

Berdasarkan tempat pelaksanaan antara lain :

1. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Di dalam keluarga, seseorang diajar dan dibentuk pola pikir, sikap dan perilakunya. Jika jelek dalam pembentukannya maka pengaruhnya pada masyarakat jelek, begitu juga sebaliknya. Promosi kesehatan sangat berperan sehingga masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai

calon anggota masyarakat.

2. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah
Sekolah merupakan tempat lanjutan untuk meletakkan dasar perilaku bagi anak termasuk perilaku kesehatan atau perpanjangan tangan keluarga maksudnya Peran guru dalam promosi kesehatan di sekolah sangat penting sebagai pengganti orang tua di keluarga dengan memberikan pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup kemudian guru akan meneruskannya kepada siswa-siswinya.
3. Promosi kesehatan pada tempat kerja
Tempat kerja ialah tempat bagi orang dewasa memperoleh nafkah demi kehidupan keluarganya melalui produktivitas atas hasil kerjanya. Selama lebih kurang per hari 8 jam pekerja menghabiskan waktunya untuk menjalankan aktivitasnya yang berisiko bagi kesehatannya. Dalam hal ini, Pimpinan perusahaan memfasilitasi tempat kerja yang kondusif bagi perilaku sehat bagi karyawan atau pekerjanya.
4. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum (TTU)
Adalah tempat dimana banyak orang berkumpul pada waktu tertentu contohnya pasar, mall, bandara terminal bus, stasiun kereta api dan sebagainya.
5. Promosi kesehatan di institusi pelayanan kesehatan
seperti rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter adalah tempat paling strategis untuk melaksanakan promosis kesehatan.

Berdasarkan Aspek kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Promosi kesehatan pada aspek promotif
Kelompok orang sehat menjadi sasaran promosi kesehatan pada aspek ini. Selama mereka kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat.
2. Promosi kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan, mencakup 3 kegiatan, yakni:
 - a. Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)
Kelompok masyarakat yang beresiko tinggi menjadi sasaran promosi kesehatannya misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, obesitas dan sebagainya. Tujuannya agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.
 - b. Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)
Para penderita penyakit kronis sasaran promosi kesehatan pada aspek ini misalnya asma, DM, rematik, dan sebagainya. Tujuannya agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi lebih parah.
 - c. Pencegahan tingkat tiga (*Tertiary prevention*)
Kelompok pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit merupakan Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini. Tujuannya agar mereka segera pulih kembali kesehatannya.

Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan dengan 5 tingkat pencegahan, yakni:

1. Promosi kesehatan (*Health promotion*)
Kegiatannya berupa peningkatan gizi balita, pembuatan jamban sehat bagi keluarga dan perbaikan saluran pembuangan,

2. Perlindungan khusus (*Specific protection*)
Kegiatannya berupa pemberian imunisasi yang diwajibkan seperti BCG, DPT<, polio, campak dan hepatitis. Pemberian imunisasi yang dianjurkan seperti Mump, Rubella, influenza.
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*)
Temuan kasus dini berbagai penyakit dimasyarakat untuk menghindari akibat yang lebih lanjut, seperti temuan gizi buruk, kasus TB paru, dan lumpuh layu di beberapa wilayah Indonesia.
4. Pembatasan cacat (*Disability limitation*)
Pendidikan kesehatan diberikan untuk mencegah akibat lanjut pada individu dari kecacatan atas penyakit yang dialaminya.
5. Rehabilitas (*Rehabilitation*)
Pendidikan kesehatan diberikan kepada sasaran yang telah melakukan perawatan atas penyakit tertentu, supaya tidak terulang kembali maka perlu rehabilitasi tuntas sehingga individu mampu melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuannya.

2.5 Sasaran Promosi Kesehatan

Maulana (2009), menyatakan bahwa pelaksanaan promosi kesehatan memiliki 3 jenis sasaran yaitu sebagai berikut :

1. Sasaran primer
Pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat merupakan sasaran primer kesehatan. Harapannya masyarakat mengubah perilaku hidup mereka dari tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Sumber daya dan atau sarana yang diperlukan dapat diupayakan atau

dibantu penyediaannya oleh mereka yang bertanggung jawab dan berkepentingan (*stakeholders*), khususnya perangkatpemerintahan dan dunia usaha (Maulana, 2009).

2. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa merupakan sasaran sekunder.

3. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya (Maulana, 2009)

2.6 Perilaku dalam Promosi Kesehatan

Soekidjo Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor pertama yaitu lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat, sedangkan konsep dari Lawrence Green (1980) yang dikutip Notoatmodjo (2007) perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

1. *Faktor predisposisi (Predisposing faktor)*

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dan sistem nilai yang dianut masyarakat.

2. *Faktor Pemungkin (Enabling Faktor)*

Faktor ini mencakup tersedianya sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya.

3. *Faktor penguat (Reinforcing faktor)*

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas kesehatan, termasuk juga undang-undang, peraturan dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat.

2.7 Metode Promosi Kesehatan

Soekidjo Notoatmodjo, (2007) menyatakan bahwa materi dalam pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan sasaran, serta alat bantu dalam pendidikan. Sasaran kelompok dan metode tentu harus berbeda antara sasaran massa dan sasaran individual Berikut beberapa metode pendidikan:

2.7.1 Metode pendidikan individual (perorangan)

Bentuk pendekatan ini, antara lain:

1. *Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and counseling)*

Pada pendekatan ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya.

2. *Wawancara (Interview)*

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2.7.2 Metode pendidikan kelompok

Pada pemilihan metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1. *Kelompok besar*

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

2. *Kelompok kecil*

Jika peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang disebut kelompok kecil. Metode yang digunakan yaitu diskusi kelompok, kelompok-kelompok kecil, curah pendapat, bola salju, memainkan peranan dan permainan simulasi

2.7.3 Metode pendidikan massa

Metode ini sangat sesuai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat, biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku.

Beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa antara lain:

1. Ceramah
2. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV, maupun radio.
3. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa.
4. Sinetron tentang kesehatan.
5. Tulisan-tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit.
6. Billboard yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya.

2.8 Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik untuk menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Berdasarkan fungsinya, media ini dibagi menjadi tiga macam (Soekidjo Notoatmodjo, 2007) yaitu :

1. *Media cetak*

Media cetak yaitu alat bantu digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain:

- a. Booklet
- b. Leaflet
- c. Flyer (selebaran
- d. Flif chart (lembar balik yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. Rubrik atau tulisan-tulisan.
- f. Poster

2. *Media elektronik*

Media elektronik sebagai sasaran untuk penyampaian pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain:

- a. Televisi
- b. Radio
- c. Video
- d. Slide
- e. Film strip

3. *Media papan (billboard)*

Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum data diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan.

2.9 Tahap – tahap Kegiatan Promosi Kesehatan

Tahap-tahap dalam kegiatan Promosi Kesehatan menurut Azwar (1983) yang dikutip M. Adi setiawan (2008), sebagai berikut:

1. Tahap Sensitisasi
Merupakan pemberian informasi dan kesadaran pada masyarakat berkaitan dengan hal-hal penting tentang kesehatan.
2. Tahap Publisitas
Merupakan kelanjutan dari sensitisasi. Kegiatannya berupa press release dikeluarkan Depkes untuk menjelaskan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan yang diberikan pada fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Tahap edukasi
Pada tahap ini tujuannya Untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.
4. Tahap Motivasi
Pada tahap ini, perorangan atau masyarakat setelah mengikuti pendidikan kesehatan benar-benar mengubah perilaku sehari harinya sesuai dengan perilaku yang dianjurkan oleh pendidikan kesehatan.

2.10 Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan

Area kegiatan promosi kesehatan menurut Ewless dan Simnett (1994) dalam Maulana (2009) antara lain :

1. Program Pendidikan Kesehatan
Program ini merupakan kesempatan yang direncanakan untuk belajar tentang kesehatan dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela berupa tingkah laku.
2. Pelayanan Kesehatan Preventif
Pelayanan yang dimaksud yaitu tindakan pencegahan untuk menghalangi perkembangan penyakit dan kesakitan

sebelum sempat berlanjut.

Tahapan pencegahan meliputi pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tertier.

1. **Pencegahan primer**

Tahap ini meliputi segala kegiatan yang menghentikan kejadian suatu penyakit atau gangguan sebelum hal itu terjadi. Tiga aspek utama di dalam pencegahan primer: promosi kesehatan, pendidikan kesehatan dan perlindungan spesifik yang dilakukan melalui imunisasi, peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkoba.

2. **Pencegahan sekunder** dilakukan pada masa individu mulai sakit. Pencegahan sekunder lebih ditujukan pada kegiatan skrining kesehatan dan deteksi untuk menemukan status patogenetik (status atau keadaan yang diakibatkan oleh penyakit) setiap individu di dalam populasi.

3. **Pencegahan tertier**

Tahap ini bertujuan untuk membatasi atau menghalangi perkembangan ketidakmampuan, sehingga tidak berkembang yang membutuhkan perawatan intensif.

2.11 Kompetensi Promosi Kesehatan

Berdasarkan *The Galway Consensus Conference* kompetensi yang dibutuhkan untuk terlibat dalam praktik promosi kesehatan antara lain :

1. Mengkatalisis perubahan (*Catalyzing Change*) Melakukan perubahan dan memberdayakan individu dan masyarakat untuk memperbaiki kesehatan mereka.
2. Kepemimpinan (*Leadership*) Memberikan arahan strategis untuk mengembangkan masyarakat yang sehat kebijakan, memobilisasi dan

mengelola sumber daya untuk promosi kesehatan, dan kapasitas bangunan

3. Penilaian (*Assessment*)

Melakukan penilaian kebutuhan dan aset yang ada di masyarakat dan sistem yang mengarah pada identifikasi dan analisis perilaku, penentu budaya, sosial, lingkungan, dan organisasi yang mempromosikan atau kompromi kesehatan.

4. Perencanaan (*Planning*)

Pengembangan sasaran dan sasaran terukur sebagai respons terhadap penilaian kebutuhan dan aset, kemudian mengidentifikasi strategi yang didasarkan pada pengetahuan yang berasal dari teori, bukti, dan praktik.

5. Implementasi (*Implementation*)

Melaksanakan strategi yang efektif dan efisien, sensitif secara budaya, dan etis untuk memastikan perbaikan sebaik mungkin dalam kesehatan, termasuk pengelolaan sumber daya manusia dan material.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Menentukan keefektifan program dan kebijakan promosi Kesehatan dengan menggunakan metode evaluasi dan penelitian yang sesuai sehingga mendukung perbaikan, keberlanjutan, dan diseminasi program.

7. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi dengan dan atas nama individu dan masyarakat untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan mereka dan membangun kapasitas mereka untuk melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kesehatan dan memperkuat aset masyarakat.

8. Kemitraan (*Partnership*)

Bekerja secara kolaboratif lintas disiplin, sektor, dan mitra agar terjadi peningkatan dampak yang keberlanjutan program serta kebijakan promosi kesehatan.

2.12 Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan menurut Cinta lestari (2010) mengutip dari Effendi (1998), adalah :

1. Tingkat Pendidikan.
Pendidikan sangat mempengaruhi pola pikir seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya.
2. Tingkat Sosial Ekonomi
Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
3. Adat Istiadat
Pengaruh dari adat istiadat dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap sesuatu yang tidak boleh diabaikan sehingga sangat berpengaruh adat istiadat dalam menerima informasi baru.
4. Kepercayaan Masyarakat
Kepercayaan masyarakat sudah muncul pada siapa yang memberi informasi, artinya masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang – orang yang sudah mereka kenal,
5. Ketersediaan Waktu di Masyarakat
Demi menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan maka perlu memerhatikan Waktu penyampaian informasi.

2.13 Hambatan Promosi Kesehatan

Hambatan dalam penyelenggaraan promosi kesehatan menurut Taylor (1991) dalam Maulana (2009), antara lain :

1. Struktur dan sikap medical establishment.
Hal ini lebih kepada mendorong menyembuhkan

daripada mencegah sebagai upaya pendidikan, pencegahan dan promosi kesehatan. Kadang-kadang menemukan orang yang berisiko memerlukan waktu serta biaya dan bagi seorang dokter lebih mudah memberikan pengobatan kepada para pasien untuk menurunkan tekanan darah daripada meyakinkan pasien untuk berhenti merokok.

2. Individual

Biasanya berkaitan dengan kebiasaan dan persepsi risiko. Terkadang sulit merubah kebiasaan kesehatan yang dipelajari sejak kecil demikian juga persepsi. Seperti penelitian yang dilakukan Pasek dan Satyawati (2013) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi dan kepatuhan pengobatan.

3. Jaring operasi dan perencanaan yang rumit

Hal ini mencakup pelaku riset dan praktisi dari berbagai disiplin ilmu yang berbeda serta policy makers (pembuat kebijakan) pada masing-masing tingkat. Sebelum program dianggap efektif, diperlukan studi, perencanaan yang cermat, pelaksanaan dan penilaian kemudian direncanakan kembali.

2.14 Hasil Yang Diharapkan

Dalam promosi kesehatan hasil yang diharapkan adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku baik dari individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip – prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari – hari demi mencapai derajat kesehatan yang optimal (M. Ady Setiawan Syah, 2008 mengutip dari Effendy, 1998).

2.15 Kode Etik Praktik Promosi Kesehatan

Ewness dan Simnett (1974) dalam Maulana (2009) menjelaskan beberapa kode etik praktik promosi kesehatan antara lain :

1. Hubungan dengan klien
 - a. Lebih baik berkonsultasi dengan klien ketika merencanakan dan mengevaluasi kegiatan promosi kesehatan, jika mungkin
 - b. Promosi harga diri dan otonomi diantara kelompok klien harus merupakan prinsip mendasar dari semua praktik promosi kesehatan
 - c. Semua praktik promosi kesehatan harus mendorong sikap saling menghargai, tanpa memandang umur, kemampuan kecacatan, suku, agama, gender dan melawan diskriminasi jika ada. Promotor kesehatan akan mendukung prinsip pemberian kesempatan yang sama dan mengambil langkah positif untuk mengurangi ketidakmerataan dalam kesehatan atau pelayanan kesehatan.
2. Kepedulian terhadap determinan sosial dan lingkungan
 - a. Semua program promosi kesehatan harus peka terhadap kerangka sosial, ekonomi, ras dan budaya dari kelompok klien yang menjadi sasaran.
 - b. Semua kegiatan promosi kesehatan harus memahami bahwa determinan sosial, ekonomi dan lingkungan terhadap kesehatan sering berada di luar kontrol individu dan harus berupaya memperhitungkan determinan-determinan ini.
 - c. Promosi kesehatan akan efektif jika dalam kegiatannya memasukkan metode-metode yang mendorong keterlibatan dan partisipasi masyarakat umum.

3. Praktik promosi kesehatan

- a. Evaluasi yang memadai adalah komponen penting dari semua kegiatan promosi kesehatan dan harus dilakukan dalam integritas yang baik. Evaluasi harus memerhatikan input (masukan), proses dan outcome (hasil) jangka pendek dan jangka panjang agar dapat membantu modifikasi kegiatan di masa yang akan datang.
- b. Promotor kesehatan harus mendorong semua pelayanan dan organisasi untuk mempertimbangkan peran promosi kesehatan mereka dan mengadopsi kode etik praktik. Kerja sama antar lembaga untuk promosi kesehatan harus didukung.
- c. Promotor kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk memastikan arus informasi yang akurat dan tepat tentang hal-hal kesehatan antara masyarakat umum, profesional dan lembaga-lembaga lokal dan nasional.

4. Pertimbangan etis

- a. Promotor kesehatan tidak akan secara sengaja menunda layanan atau informasi dilihat dari status pengetahuan sekarang yang dapat memberi manfaat kepada klien. Mereka berusaha mengikuti perkembangan dalam promosi kesehatan.
- b. Promotor kesehatan akan menghargai kerahasiaan informasi yang dapat mereka akses kecuali atas permintaan hukum dan demi kepentingan klien.
- c. Promotor kesehatan tidak melakukan kegiatan promosi kesehatan yang bukan kompetensinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi U. F. 2014. Kesehatan Masyarakat : *Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Bahan Ajar Kenre, I. 2022. Konsep dan Teori Promosi Kesehatan. ITKes Mu SIDRAP.
- Fertman, I. C & Allensworth, D.D. 2010. *Health Promotion Programs : From Theory To Practice*. San Fransisco : Jossey Bass.
- Kholid, A. 2015. *Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku Media dan Aplikasinya (Untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan)*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Maulana, H. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Notoatmodo, S. 2009. *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodo, S. 2010. *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Rachmawati, W. S. 2019. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Malang: Wineka Media
- <https://blog.iik.ac.id/faruqazhar/2020/06/20/promosi-kesehatan/>
- <https://permataindonesia.ac.id/2018/konsep-dasar-promosi-kesehatan.html>

BAB 3

PERILAKU KESEHATAN

Oleh Nova Oktavia

3.1 Konsep Perilaku

3.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah reaksi individu dalam melakukan tindakan didasari oleh rangsangan/pengaruh yang datang dari dalam dirinya sendiri maupun orang lain. Perilaku tersebut dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung oleh orang lain. Rangsangan/dorongan yang menghasilkan tindakan berasal dari susunan syaraf pusat dimana neuron memindahkan energi ke dalam impuls-impuls syaraf yang disebut rangsangan (Irwan, 2017)

Menurut (Rachmawati, 2019) dan (Pakpahan, 2021), berdasarkan respon terhadap stimulus perilaku dibagi menjadi 2 yaitu

1. Perilaku tertutup

Terjadi jika respon dari suatu stimulus belum dapat diamati oleh orang lain karena masih terbatas pada pengetahuan, perhatian, sikap, perasaan dan persepsi. Misalnya seseorang menyarankan temannya untuk berolahraga secara rutin seperti jalan kaki, jogging, aerobik, bersepeda dan lain-lain. Dari contoh ini seseorang menyarankan temannya untuk olahraga artinya dia sudah tau olahraga dapat menjadikan tubuh bugar dan sehat namun dia sendiri tidak melakukan olahraga secara rutin sesuai anjuran Kesehatan.

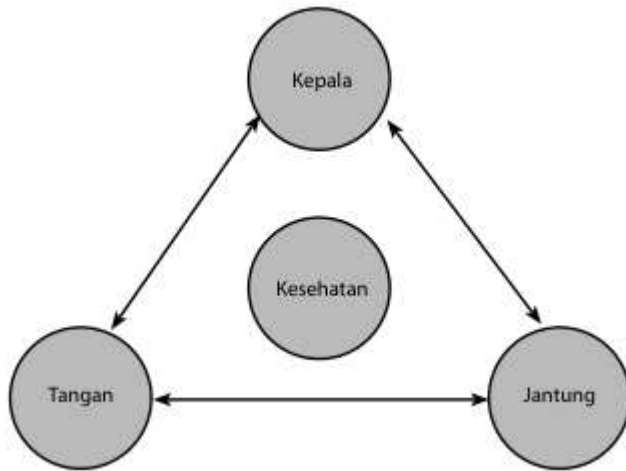
2. Perilaku terbuka

Terjadi jika respon terhadap stimulus dapat diamati secara langsung oleh orang lain, sudah dalam bentuk tindakan atau praktik. Misalnya seseorang tidak merokok karena dia sudah tau bahwa rokok dapat merugikan kesehatan dan menguras uang yang cukup banyak, seseorang tersebut lebih memilih konsumsi makanan yang sehat, berolahraga daripada merokok. Selain itu seseorang sudah mengetahui bahwa rokok dapat merusak organ tubuh yang dapat dilihat pada iklan yang ada pada kotak rokok, *billboard*/papan reklame, media televisi dan media cetak lainnya. Dalam kesehariannya orang tersebut tidak merokok dan diketahui/dilihat oleh orang lain.

3.1.2 Domain Perilaku

Taksonomi Bloom mengungkapkan bahwa untuk mencapai perubahan perilaku diperlukan interaksi dari 3 organ tubuh manusia antara lain, Kepala (*Head*), Tangan (*Hand*) dan *Heart* (Jantung) agar terwujudnya individu yang sehat baik secara fisik maupun mental. Perubahan perilaku terjadi dari respon negatif menjadi respon positif. Di **Kepala** ada otak yang dapat menerima informasi berupa ilmu yang berkaitan dengan kesehatan sehingga dari awalnya tidak mengetahui apa-apa menjadi tau. Seorang yang sakit tergerak **hatinya** untuk melakukan upaya pengobatan agar sembuh dari awalnya tidak mau menjadi mau. **Tangan** melakukan pergerakan seperti berolahraga sehingga awalnya tidak bergerak menjadi bertindak sesuai anjuran Kesehatan.

Taksonomi Bloom dapat digambarkan pada bagan di bawah ini:



Gambar 3.1. Taksonomi Bloom (Budiman dan Riyanto, 2013)

Selain Taksonomi Bloom yang mengungkapkan teori tentang tau, mau dan bergerak. Dalam kehidupan sehari-hari banyak kita temukan ketidak selarasan antara tau, mau dan mampu. Sebagai contoh, seseorang tau bahwa sayur sangat baik untuk Kesehatan dan sebaiknya dikonsumsi setiap hari, namun ia tidak mau bahkan mungkin tidak suka mengonsumsi sayur (tau-tidak mau). Seseorang tau bahwa memiliki asuransi Kesehatan seperti BPJS sebaiknya sudah dipersiapkan sebelum sakit, namun ia tidak mampu membayar iuran setiap bulannya (tau-tidak mampu). Seseorang mengalami sakit keras mau berobat ke dokter namun ia tidak mampu/tidak memiliki uang yang cukup untuk berobat (mau-tidak mampu).

Deskripsi domain/ranah perilaku dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Domain/Ranah Kognitif

Ranah Kognitif berkaitan dengan aspek intelektual, seperti: mengetahui, memahami melatih otak dalam berfikir. Contoh Seorang ibu hamil mengetahui kandungan yang ada pada

tablet Fe, memahami kegunaan tablet Fe agar tercegah dari anemia selama kehamilan dan jika anemia akan mengalami efek buruk pada bayi yang dilahirkan

2. Domain/Ranah Afektif

Ranah afektif berkaitan dengan aspek sikap, minat, apresiasi dan cara menyesuaikan diri. Contoh, sikap mendukung pemerintah dalam mencegah Covid-19 dengan melakukan vaksin covid

3. Domain/Ranah Psikomotor

Ranah psikomotor lebih menekankan pada aspek keterampilan motorik seperti membuang (sampah pada tempatnya), memberikan (ASI eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan), membawa (anak ke posyandu untuk imunisasi) dan lain-lain

3.2 Perilaku Kesehatan

3.2.1 Pengertian Perilaku Kesehatan

Adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus yang diwujudkan dalam suatu Tindakan yang berkaitan dengan kesehatan diri, keluarga dan masyarakat.

3.2.2 Jenis Perilaku Kesehatan

Menurut (Irwan, 2017) dan (Surahman dan Supardi, 2016) jenis-jenis perilaku kesehatan dapat dikelompokkan menjadi:

1. Perilaku Sakit

Yaitu tindakan individu yang sedang mengalami sakit untuk merasakan dan mengenal kondisi kesehatannya dengan melakukan identifikasi jenis penyakit yang ia alami, apa penyebabnya, bagaimana cara pencegahan agar tidak jatuh dalam kondisi sakit lagi. Contoh seseorang yang telah memiliki penyakit Asma, maka ia sudah mengetahui kapan merasa sesak, hal-hal yang menyebabkan ia sesak seperti cuaca dingin, terkena debu dan lain-lain. Sehingga ia sudah

menyiapkan obat-obatan dan alat nebulizer untuk mengatasi penyakitnya jika kambuh

2. Perilaku pemeliharaan kesehatan

Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek:

a. Perilaku pencegahan, penyembuhan dan pemulihan Kesehatan

Perilaku pencegahan misalnya pada saat pandemi Covid-19, agar kita tidak terpapar covid maka upaya pencegahan yang dilakukan antara lain menggunakan masker, menjaga jarak, mengurangi mobilitas. Perilaku penyembuhan penyakit misalnya, seseorang melakukan berbagai upaya agar sembuh dari penyakitnya mulai dari pengobatan tradisional atau modern; *shopping doctor* (untuk mendapatkan *second opinion*) serta mencari pengobatan alternatif, didalam maupun di luar negeri. Sedangkan perilaku pemulihan misalnya setelah seorang pasien selesai menjalani perawatan di rumah sakit, dokter dan tenaga medis lainnya memberikan saran-saran untuk perawatan di rumah seperti mengkonsumsi obat sesuai anjuran, kontrol kesehatan secara teratur di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, menjaga diit/pola makan dan lain-lain.

b. Perilaku peningkatan kesehatan

Seseorang dalam keadaan sehat berusaha semaksimal mungkin menjaga dirinya agar tidak sakit dengan melakukan upaya-upaya dalam meningkatkan kesehatan yang optimal. Contoh olahraga teratur, cukup istirahat, menghindari makanan tinggi gula, garam dan minyak, memiliki waktu luang untuk rekreasi, kendalikan stress dengan baik, menghindari makanan mengandung zat aditif (pemanis buatan,

pewarna makanan, makanan mengandung pengawet, penyedap makanan dan lain-lain)

c. Perilaku gizi

Perilaku yang berkaitan dengan pemilihan bahan makanan, pengelolaan makanan, menjaga kebersihan dan keamanan makanan serta pemenuhan asupan makanan yang memiliki kandungan gizi seimbang. Contoh individu memilih makanan yang segar sebelum dimasak, mengelola makanan dengan bersih dan tepat seperti jenis makanan protein hewani dimasak dengan sempurna agar tercegah dari bakteri pathogen. Menjaga makanan dari segi penyimpanan di tempat yang bersih dan aman tidak terkontaminasi secara fisik, biologi maupun kimia. Memilih makanan untuk keluarga yang mengandung gizi seperti protein tinggi, zat besi tinggi, kandungan serat yang tinggi, sumber karbohidrat rendah gula dan lain-lain.

3. Perilaku pencarian dan penggunaan pelayanan Kesehatan yaitu perilaku yang menyangkut ketersediaan, keterjangkauan akses pelayanan, biaya perawatan/pengobatan, sumber daya kesehatan (tenaga medis, obat-obatan dan lain-lain). Contoh: kecakapan, keterampilan keramahan kepedulian tenaga medis dapat meningkatkan kepuasan pasien/masyarakat. Ketersediaan bidan desa, posyandu dan kader posyandu dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menjaga dan memelihara kesehatannya. Akses pengobatan dan pelayanan Kesehatan dapat dijangkau masyarakat seperti puskesmas pembantu atau puskesmas induk yang tidak jauh dari pemukiman penduduk, toko obat atau apotek tersedia di desa dengan harga terjangkau dan lain-lain.

4. Perilaku kesehatan terhadap lingkungan

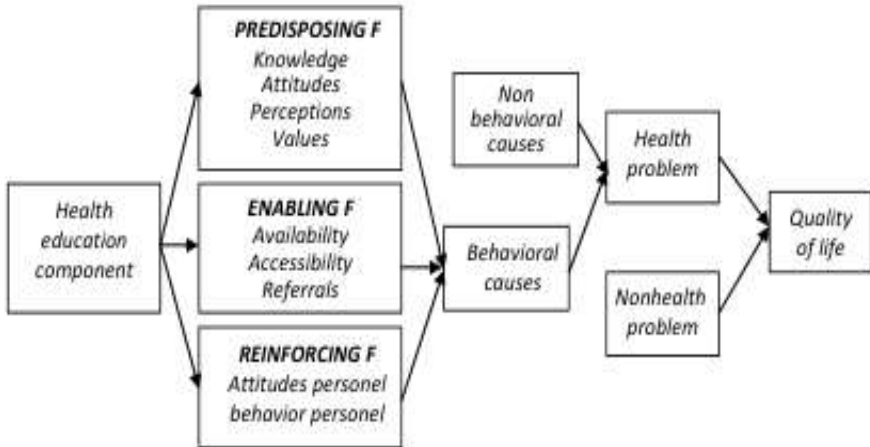
yaitu perilaku seseorang terhadap ketersediaan, kondisi bersih dan sehat dari aktifitas yang dilakukan sehari-hari di sekitar lingkungan hidupnya seperti, penyediaan dan penggunaan : rumah sehat, air bersih, jamban sehat, pengelolaan limbah dan sampah yang baik, pencegahan penyakit yang bersumber dari lingkungan tidak sehat sehingga tidak mengganggu kesehatan pribadi, keluarga maupun masyarakat sekitar. Contoh: keluarga menyediakan rumah sehat yang memiliki sumber air bersih, ventilasi dan pencahayaan yang cukup, jamban sehat dan jaraknya memenuhi syarat (> 10 meter dari sumber air, tempat pembuangan limbah dan sampah).

3.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut (Irwan, 2017), perilaku terbentuk dari 3 faktor yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan (hasil tau dari penggunaan panca indra: penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan lain-lain), sikap (mendukung atau tidak mendukung terhadap program kesehatan), kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai yang dipengaruhi oleh agama, sosial dan budayanya.
2. Faktor-faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik atau sarana dan prasarana kesehatan misalnya akses posyandu dan puskesmas, ketersediaan obat-obatan, alat penunjang medis, alat-alat kontrasepsi, dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan kepada masyarakat atau keaktifan kader kesehatan di desa.

Dari penjelasan faktor-faktor pembentuk perilaku di atas digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku
(Surahman dan Supardi, 2016)

3.2.4 Teori Perilaku Kesehatan

Menurut (Djannah, 2020) dan (Pakpahan, 2021), teori perilaku Kesehatan dapat dijelaskan sebagai berikut

1. *Social Cognitive Theory*

Teori ini mengungkapkan bahwa individu bertindak setelah belajar dari mengobservasi lingkungan sekitarnya. Terdapat 6 elemen dari *social cognitive theory*:

- a. Pengetahuan tentang risiko dan manfaat kesehatan

Seorang penderita Diabetes Mellitus memiliki risiko genetik dari kedua orang tuanya yang menderita Diabetes. Selain faktor genetik, konsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula yang tinggi dapat membahayakan penderita Diabetes dan menimbulkan komplikasi

Dengan adanya pengetahuan tentang faktor risiko tersebut sehingga penderita diabetes menjaga pola makan dengan diit yang seimbang, rajin berolahraga, dan periksa kesehatan secara teratur. Perilaku hidup yang sehat akan membawa manfaat bagi penderita Diabetes yaitu kualitas hidupnya meningkat dan kondisi kesehatannya terkontrol

b. Efikasi diri

Persepsi individu mengenai kemampuannya untuk melaksanakan tindakan yang diperlukan dalam mencapai tujuan. Misalnya seseorang penderita Obesitas melakukan upaya yang gigih untuk menurunkan berat badan, dengan cara melakukan diit ketat, olahraga teratur bahkan ada yang melakukan operasi Beriatrik (pemotongan lambung agar membatasi jumlah makanan yang dapat ditampung oleh lambung). Dengan upaya tersebut penderita obesitas dapat mencapai tujuannya yaitu memperoleh kondisi tubuh yang ideal

c. Hasil yang diharapkan

Individu merubah perilakunya menghasilkan konsekuensi yang diharapkan baik secara fisik dan material maupun sosial. Misalnya: seorang wanita usia subur ingin membatasi jumlah anak dengan cara menggunakan alat kontrasepsi non hormonal karena efek samping yang kecil. Secara fisik alat kontrasepsi non hormonal dapat mencegah obesitas dan hipertensi. Wanita usia subur tersebut juga menyadari dengan memiliki banyak anak, kebutuhan juga meningkat. Membatasi jumlah anak dengan menggunakan kontrasepsi, dari segi material dapat mengurangi pengeluaran.

d. Tujuan kesehatan pribadi

Sebuah tantangan bagi individu dalam mencapai tujuan jangka pendek maupun jangka panjang agar sehat yang membutuhkan waktu cukup lama karena harus melaksanakan kebiasaan-kebiasaan baik secara terus menerus.

Dikalangan artis banyak ditemukan kondisi tubuh obesitas, contohnya Artis Ivan Gunawan pada awalnya memiliki berat badan 180 kg. Untuk mencapai indeks masa tubuh yang ideal, hal ini merupakan tujuan jangka Panjang dari seseorang yang mengalami obesitas karena membutuhkan waktu yang cukup lama dan melewati tantangan yang cukup berat. Dengan melakukan usaha yang maksimal seperti makan nasi merah, menghindari makanan siap saji dan lain-lain, Ivan Gunawan mampu menurunkan berat badannya 25 kg hanya dalam waktu 1,5 bulan. Hal ini merupakan suatu pencapaian dari tujuan jangka pendek yang mendapatkan apresiasi/pujian dari teman dan penggemarnya.

e. Fasilitator dan hambatan yang dirasakan

Seorang perokok menganggap keberhasilan dalam berhenti merokok akan difasilitasi dengan adanya pengganti nikotin. Menurut (Nurin, 2021), terapi pengganti nikotin (*Nicotine Replacement Therapy/NRT*), merupakan salah satu cara untuk menghentikan kebiasaan merokok. NRT dapat mengurangi perasaan putus asa akibat berhenti merokok dengan memberi nikotin dalam jumlah kecil sehingga lama kelamaan keinginan untuk merokok berkurang.. Hambatan yang dialami seseorang yang ingin berhenti merokok mungkin ketakutan akan kenaikan berat badan

2. *Theory of Planned Behavior*

Teori yang mengungkapkan tentang niat seseorang untuk terlibat dalam suatu perilaku yang dipengaruhi oleh sikap positif atau negatif serta persepsi seseorang terhadap norma subjektif terkait perilaku

3. *Transtheoretical Model of Behavior Change*

Teori yang menggambarkan perilaku kesehatan sebagai proses, ditandai dengan tahapan kesiapan untuk berubah

4. *Health Belief Model*

Perilaku dipengaruhi oleh nilai dan harapan, individu berusaha menghindari dari penyakit dan melakukan aktifitas yang dapat meningkatkan kesehatan.

Terdapat 6 elemen utama dari teori HBM:

a. *Perceived Susceptibility*

Individu yang meyakini bahwa dirinya memiliki kerentanan untuk tertular penyakit, lebih termotivasi untuk mengubah perilakunya dibanding yang tidak rentan. Hal ini tergantung pada faktor riwayat keluarga, usia dan lain-lain.

b. *Perceived Severity*

Mengacu pada beratnya atau keparahan suatu penyakit yang dapat mempengaruhi kehidupan individu tersebut baik secara fisik (misalnya rasa sakit, kecacatan, kematian) dan sosial (kehilangan pekerjaan dan pendapatan) sehingga berdampak pada keluarga.

c. *Perceived Benefits*

Mengacu pada keyakinan seseorang bahwa perubahan perilaku berdampak pada kesehatan misalnya tidak bergonta ganti pasangan agar terhindar dari penyakit menular seksual

d. *Perceived Barriers*

Mengacu pada keyakinan seseorang pada dampak negatif dari perubahan perilaku, dari segi biaya, waktu,

kenyamanan dan efek samping seperti penggunaan obat tradisional/herbal dalam mengatasi penyakit kronis. Penyakit kronis membutuhkan pengobatan yang lama bahkan seumur hidup sehingga obat tradisional menjadi pilihan yang tepat karena efek sampingnya yang ringan, harga relatif murah, mudah didapat dan dapat diramu secara mandiri

e. *Cues to Action*

Individu melakukan tindakan kesehatan atas rekomendasi dari orang terdekatnya. Misalnya saran dari keluarga atau kerabat untuk mengkonsumsi rebusan air daun katuk dapat menurunkan tekanan darah pada penderita Hipertensi

f. *Self Efficacy*

Merupakan tingkat kepercayaan diri seseorang memiliki kemampuan untuk berhasil melakukan suatu perilaku. Misalnya mengkonsumsi buah dan sayur setiap hari dapat mencegah diri dari penyakit kardiovaskuler dan kanker

3.2.5 Tahap Perubahan Perilaku

Menurut (Djannah, 2020) (Pakpahan, 2021), tahap-tahap perubahan perilaku berdasarkan *Transtheoretical Model of Behavior Change* terdiri dari

1. Tahap Prakontemplasi

Individu tidak menyadari bahwa dirinya memiliki masalah kesehatan. Individu tidak tertarik dengan informasi kesehatan atau pernah mengalami kegagalan dalam proses perubahan sehingga ia menganggap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya adalah takdir dan individu tidak ada niat untuk berubah.

2. Tahap Kontemplasi

Tahap ini individu menyadari masalah yang dihadapinya itu serius dan perlu perubahan perilaku maka dari itu mulai mencari-cari informasi dan mengungkapkan rencana untuk mengubah perilakunya. Misalnya seseorang terkena penyakit menular seksual, ia mencari pengobatan dan bersungguh-sungguh ingin sembuh sehingga berencana merubah perilakunya dengan setia pada pasangannya.

3. Tahap Persiapan

Pada tahap ini seseorang sudah mulai membuat rencana khusus yang akan dilakukan hingga akhir perubahan, seseorang menganggap keuntungan perubahan perilaku lebih banyak daripada kerugiannya

4. Tahap Tindakan

Individu telah melaksanakan rencana yang telah dibuat sebelumnya sehingga perlu mendapatkan support dan dukungan dari orang sekitarnya agar rencana yang telah dilakukan berjalan langgeng. Contohnya penderita penyakit kronis membutuhkan semangat dari keluarganya agar patuh terhadap pengobatan dan kualitas hidupnya terpenuhi.

5. Tahap Pemeliharaan

Perubahan perilaku yang terjadi pada individu diintegrasikan ke dalam gaya hidup seseorang, jika seseorang gagal dalam merubah perilakunya maka harus mengulang dari tahap awal. Namun individu masih memiliki kesempatan untuk belajar dari pengalaman dan melakukan perubahan. Misalnya seseorang yang gagal diet dalam menurunkan berat badannya

6. Tahap Terminasi

Pada tahap ini seseorang sudah yakin bahwa masalah kesehatan bukan lagi menjadi ancaman bagi kehidupannya
Contoh: Seseorang tidak takut beresiko mengalami obesitas

karena ia selalu menjaga pola makan, melakukan olah raga rutin

Menurut (Surahman dan Supardi, 2016), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku tanpa dasar pengetahuan, Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, didalam diri mereka terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), seseorang memiliki kesadaran terhadap kondisi kesehatannya. Misalnya seorang wanita menyadari pentingnya melakukan deteksi dini tumor payudara karena mendapat informasi tumor payudara sering terjadi pada usia remaja
2. *Interest* (merasa tertarik), Individu memiliki pandangan sendiri terhadap suatu objek. Seorang Wanita mulai tertarik melakukan periksa payudara sendiri (sadari)
3. *Evaluation* (menimbang), individu mulai menimbang baik dan tidaknya suatu stimulus bagi dirinya. Seorang Wanita menimbang lebih baik mendeteksi dari awal agar tumor jinak tidak menjadi ganas
4. *Trial*, yaitu seseorang mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. Seorang wanita mencoba mendeteksi tumor payudara dengan sadari dan dipantau oleh tenaga kesehatan
5. *Adoption*, yaitu seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan dan sikapnya terhadap stimulus. Seorang Wanita melakukan sadari secara rutin 1x sebulan

DAFTAR PUSTAKA

- Budiman dan Riyanto, A. 2013. *Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Djannah, S. W. 2020. *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Yogyakarta: C.V Mine.
- irwan. 2017. *etika dan perilaku kesehatan*. Yogyakarta: C.V absolute media.
- Nurin, F. 2021. *Pilihan Terapi Pengganti Nikotin untuk Anda yang Ingin Berhenti Merokok*. Jakarta: Kemenkes R.I.
- Pakpahan, M. S. 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Rachmawati, W. 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.
- Surahman dan Supardi, S. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Jakarta: Kemenkes R.I BPPSDMK.

BAB 4

MODEL PERILAKU KESEHATAN

Oleh Febriantika

4.1 Pendahuluan

Model perilaku kesehatan adalah kerangka konseptual yang digunakan untuk menjelaskan mengapa individu bertindak atau tidak bertindak dalam cara yang mempromosikan kesehatan mereka. Ada banyak model perilaku kesehatan yang berbeda, dan beberapa yang paling populer termasuk Model Perilaku Kesehatan (*Health Belief Model*), Teori Tindakan Beralasan (*Theory of Reasoned Action*), Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behaviour*), dan Model Transteoretikal (*Transtheoretical Model*). Berikut ini akan dijelaskan tentang beberapa model tersebut:

4.2 Model Perilaku Kesehatan (Health Belief Model):

Model ini berpendapat bahwa perilaku kesehatan individu ditentukan oleh keyakinan mereka tentang konsekuensi kesehatan pribadi (*perceived susceptibility* dan *perceived severity*), harapan mereka tentang hasil dari tindakan kesehatan (*perceived benefits*), dan hambatan yang mereka percaya ada untuk melakukan tindakan itu (*perceived barriers*). Selain itu, adanya "isaran" atau "petunjuk" (*cues to action*) dapat memicu tindakan.

Perilaku kesehatan individu merupakan hasil dari interaksi yang kompleks antara berbagai faktor. Salah satu pendapat model ini adalah bahwa keyakinan individu tentang konsekuensi kesehatan pribadi memainkan peran penting dalam menentukan perilaku kesehatan mereka. *Perceived susceptibility* (persepsi rentan) mengacu pada sejauh mana seseorang merasa rentan

terhadap suatu kondisi kesehatan tertentu, sedangkan *perceived severity* (persepsi tingkat keparahan) mengacu pada sejauh mana seseorang menganggap kondisi tersebut serius.

Keyakinan individu tentang konsekuensi kesehatan pribadi mereka mempengaruhi keputusan mereka untuk mengadopsi perilaku kesehatan. Jika seseorang merasa rentan terhadap kondisi kesehatan tertentu dan menganggap kondisi tersebut serius, mereka cenderung lebih mungkin untuk mengambil tindakan pencegahan atau mengadopsi perilaku kesehatan yang diperlukan.

Selain keyakinan tentang konsekuensi kesehatan pribadi, harapan individu tentang hasil dari tindakan kesehatan juga berpengaruh. *Perceived benefits* (persepsi manfaat) mencakup harapan-harapan individu tentang hasil positif yang akan mereka dapatkan dengan mengadopsi perilaku kesehatan tertentu. Jika seseorang yakin bahwa perilaku kesehatan tersebut akan memberikan manfaat yang signifikan bagi kesejahteraan mereka, mereka cenderung lebih termotivasi untuk melakukannya.

Namun, terdapat pula hambatan yang dianggap oleh individu sebagai penghalang dalam melaksanakan perilaku kesehatan. *Perceived barriers* (persepsi hambatan) mencakup persepsi individu tentang rintangan atau kendala yang mungkin mereka hadapi dalam melaksanakan perilaku kesehatan tertentu. Jika seseorang merasa bahwa ada banyak hambatan atau kendala yang sulit diatasi, mereka mungkin enggan untuk mengadopsi perilaku kesehatan tersebut.

Selain faktor-faktor tersebut, adanya "isaran" atau "petunjuk" (*cues to action*) juga dapat memicu tindakan kesehatan. *Cues to action* dapat berupa berbagai hal, seperti informasi kesehatan, peringatan dari tenaga medis, pengalaman pribadi, atau bahkan kampanye kesehatan di media massa. Ketika seseorang menerima isaran yang jelas atau tegas, mereka cenderung lebih termotivasi untuk mengambil tindakan kesehatan.

Pentingnya keyakinan individu tentang konsekuensi kesehatan pribadi, harapan tentang hasil dari tindakan kesehatan, dan persepsi terhadap hambatan dalam perilaku kesehatan telah menjadi fokus utama dalam berbagai model teoritis yang menggambarkan dan menjelaskan perilaku kesehatan. Model ini menyajikan kerangka kerja yang memungkinkan kita untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan individu dalam mengadopsi perilaku kesehatan.

4.3 Teori Tindakan Beralasan (*Theory of Reasoned Action*)

Menurut teori ini, niat adalah penentu utama perilaku. Niat, pada gilirannya, ditentukan oleh sikap individu terhadap perilaku dan tekanan subjektif atau norma subjektif.

Teori Tindakan Beralasan (*Theory of Reasoned Action*) menyatakan bahwa niat individu adalah faktor utama yang menentukan perilaku. Menurut teori ini, perilaku seseorang dipengaruhi oleh niat mereka untuk melakukannya. Niat merupakan hasil dari dua faktor utama, yaitu sikap individu terhadap perilaku tersebut dan tekanan subjektif atau norma subjektif.

Sikap individu terhadap perilaku mencakup evaluasi pribadi mereka terhadap perilaku tersebut. Sikap dapat berkaitan dengan pandangan positif atau negatif individu terhadap konsekuensi dari perilaku tersebut. Misalnya, jika seseorang memiliki sikap positif terhadap olahraga dan meyakini bahwa itu memiliki manfaat kesehatan, mereka cenderung memiliki niat yang kuat untuk melakukannya.

Tekanan subjektif atau norma subjektif mengacu pada pengaruh sosial yang dirasakan oleh individu. Ini melibatkan pandangan individu tentang harapan dari orang-orang di sekitarnya atau norma sosial terkait dengan perilaku tersebut. Jika seseorang merasa bahwa orang-orang di sekitarnya

mengharapkan mereka untuk melakukannya atau jika mereka percaya bahwa perilaku tersebut dianggap penting dalam kelompok sosial mereka, maka mereka cenderung memiliki niat yang lebih tinggi untuk melakukannya.

Dalam teori ini, niat dianggap sebagai prediktor langsung perilaku. Semakin tinggi niat individu untuk melakukan perilaku, semakin besar kemungkinan mereka untuk benar-benar melakukannya. Namun, penting untuk dicatat bahwa niat tidak selalu berarti bahwa perilaku akan terjadi, karena faktor-faktor lain seperti hambatan fisik atau kendala praktis juga dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melaksanakan niat mereka.

Teori Tindakan Beralasan memberikan kerangka kerja yang berguna untuk memahami motivasi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu. Dalam konteks kesehatan, teori ini dapat digunakan untuk menganalisis dan memprediksi perilaku kesehatan, seperti mengadopsi gaya hidup sehat atau melakukan tindakan pencegahan. Dengan memahami sikap individu terhadap perilaku dan norma sosial yang mempengaruhi mereka, dapat dirancang intervensi yang efektif untuk mempromosikan perilaku kesehatan yang diinginkan.

4.4 Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behaviour*):

Ini adalah perluasan dari *Theory of Reasoned Action*, dengan menambahkan kontrol perilaku yang dirasakan sebagai faktor penentu niat. Kontrol perilaku yang dirasakan merujuk pada keyakinan seseorang tentang sejauh mana mereka merasa memiliki kontrol atas perilaku tersebut.

Selain sikap individu terhadap perilaku dan norma subjektif, teori Perilaku Terencana menekankan pentingnya kontrol perilaku yang dirasakan sebagai faktor yang mempengaruhi niat individu dan akhirnya perilaku tersebut.

Kontrol perilaku yang dirasakan merujuk pada keyakinan individu tentang sejauh mana mereka merasa memiliki kontrol pribadi atas perilaku tersebut.

Terdapat dua komponen utama dalam kontrol perilaku yang dirasakan: kontrol perilaku internal dan kontrol perilaku eksternal. Kontrol perilaku internal mencakup keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melaksanakan perilaku tersebut. Misalnya, jika seseorang percaya bahwa mereka memiliki kemampuan dan keterampilan yang cukup untuk melakukan olahraga, mereka cenderung memiliki kontrol perilaku internal yang tinggi. Sebaliknya, jika mereka merasa tidak memiliki kemampuan atau keterampilan yang diperlukan, kontrol perilaku internal mereka mungkin rendah.

Sementara itu, kontrol perilaku eksternal melibatkan faktor-faktor di luar kendali individu yang dapat mempengaruhi perilaku. Misalnya, aksesibilitas sumber daya, dukungan sosial, atau hambatan lingkungan fisik dapat mempengaruhi kontrol perilaku eksternal. Jika seseorang merasa ada banyak hambatan fisik atau kurangnya dukungan sosial untuk melaksanakan perilaku kesehatan, kontrol perilaku eksternal mereka mungkin rendah.

Kontrol perilaku yang dirasakan dapat mempengaruhi niat individu untuk melaksanakan perilaku dan juga kemungkinan terjadinya perilaku tersebut. Semakin tinggi kontrol perilaku yang dirasakan, semakin besar kemungkinan individu untuk memiliki niat yang kuat dan melaksanakan perilaku yang diinginkan.

Teori Perilaku Terencana dapat digunakan dalam konteks kesehatan untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan individu. Dengan mempertimbangkan sikap individu, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan, dapat dirancang intervensi yang lebih efektif untuk merubah niat dan mendorong perilaku kesehatan yang diinginkan.

4.5 Model Transteoretikal (*Transtheoretical Model*)

Model ini menggambarkan perubahan perilaku sebagai proses yang berlangsung sepanjang waktu, melibatkan kemajuan melalui lima tahap: pra-pertimbangan (*precontemplation*), pertimbangan (*contemplation*), persiapan (*preparation*), tindakan (*action*), dan pemeliharaan (*maintenance*).

Model Transteoretikal (*Transtheoretical Model*) adalah sebuah kerangka kerja yang menggambarkan perubahan perilaku sebagai proses yang berlangsung sepanjang waktu. Model ini mengidentifikasi lima tahap yang dapat dialami individu dalam mengadopsi perilaku baru atau meningkatkan perilaku yang ada. Tahap-tahap tersebut adalah pra-pertimbangan (*precontemplation*), pertimbangan (*contemplation*), persiapan (*preparation*), tindakan (*action*), dan pemeliharaan (*maintenance*).

Pra-pertimbangan (*Precontemplation*): Individu pada tahap ini tidak memiliki niat atau motivasi untuk mengubah perilaku mereka dalam waktu dekat. Mereka mungkin tidak menyadari adanya masalah atau tidak merasa perlu untuk melakukan perubahan.

Tahap kontemplasi adalah tahap di mana individu mulai menyadari adanya masalah dan merasa perlu untuk mengubah perilaku. Pada tahap ini, mereka secara aktif mempertimbangkan manfaat dan kerugian dari perubahan yang ingin dilakukan, serta berpikir tentang langkah-langkah yang perlu diambil.

Individu yang berada dalam tahap kontemplasi mungkin memiliki pemahaman yang lebih baik tentang masalah yang dihadapi dan dampaknya terhadap kehidupan mereka. Mereka mungkin telah mengumpulkan informasi lebih lanjut tentang cara-cara untuk mengubah perilaku dan mencari solusi yang memungkinkan. Pada tahap ini, individu cenderung berada dalam dilema antara melanjutkan perilaku lama yang mereka ketahui

atau mengambil risiko dan mengubah perilaku untuk mencapai perubahan yang diinginkan.

Dalam tahap kontemplasi, penting untuk memberikan dukungan dan informasi yang memadai kepada individu. Diskusi yang terbuka tentang manfaat perubahan dan potensi perubahan dapat membantu individu memperkuat motivasi mereka dan merencanakan langkah-langkah konkret untuk mengubah perilaku. Mendukung individu untuk mencari sumber daya tambahan, seperti konseling atau dukungan kelompok, juga dapat membantu mereka dalam menjalani perubahan tersebut.

Namun, penting untuk diingat bahwa setiap individu memiliki waktu yang berbeda untuk melalui tahap-tahap perubahan perilaku. Beberapa orang dapat lebih lama berada dalam tahap kontemplasi sebelum benar-benar siap untuk melakukan perubahan. Sabar dan pengertian dalam memberikan dukungan akan membantu individu melalui proses ini.

Tahap prekontemplasi adalah tahap di mana individu tidak memiliki niat atau motivasi untuk mengubah perilaku mereka dalam waktu dekat. Pada tahap ini, mereka mungkin tidak menyadari adanya masalah atau tidak merasa perlu untuk melakukan perubahan. Mereka cenderung tidak mempertimbangkan konsekuensi negatif dari perilaku mereka dan mungkin memiliki sikap defensif terhadap usulan perubahan.

Tahap prekontemplasi sering kali merupakan titik awal dalam proses perubahan perilaku. Pada tahap ini, individu mungkin tidak memiliki informasi yang cukup tentang masalah atau belum mengalami konsekuensi yang cukup serius untuk memotivasi mereka untuk mengubah perilaku. Mereka mungkin menganggap bahwa masalah yang mungkin ada hanya merupakan bagian dari kehidupan mereka yang normal atau mengabaikan saran dan dorongan untuk berubah.

Untuk membantu individu dalam tahap prekontemplasi, penting untuk memberikan informasi yang objektif dan relevan

tentang konsekuensi negatif dari perilaku yang tidak sehat atau tidak diinginkan. Dengan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang masalah dan memberikan dorongan yang mendukung, individu dapat mulai mempertimbangkan perubahan perilaku di masa mendatang.

Pertimbangan (Contemplation): Pada tahap ini, individu mulai menyadari adanya masalah dan merasa perlu untuk mengubah perilaku. Mereka mempertimbangkan manfaat dan kerugian dari perubahan tersebut dan berpikir tentang langkah-langkah yang perlu diambil.

Selama tahap kontemplasi, individu mungkin mencari informasi lebih lanjut tentang cara-cara untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi. Mereka mungkin memikirkan tentang keuntungan dan kerugian yang akan mereka dapatkan dengan melakukan perubahan. Pada saat ini, individu mungkin merasa terbagi antara keinginan untuk melakukan perubahan dan kenyamanan atau ketidaknyamanan yang terkait dengan perubahan tersebut.

Tahap pertimbangan sering kali merupakan tahap yang penting dalam proses perubahan perilaku, di mana individu memperkuat motivasi dan tekad mereka untuk melakukan perubahan. Penting untuk memberikan dukungan dan informasi yang tepat kepada individu dalam tahap ini. Mendorong refleksi dan dialog tentang manfaat yang mungkin diperoleh dari perubahan, serta membantu individu merumuskan rencana tindakan yang konkret, dapat membantu mereka dalam melanjutkan perjalanan menuju perubahan yang diinginkan.

Namun, perlu diingat bahwa perubahan perilaku adalah proses yang kompleks dan tidak selalu linear. Individu mungkin mengalami kembali tahap-tahap sebelumnya atau mengalami keraguan seiring berjalannya waktu. Penting untuk memberikan dukungan dan pengertian yang berkelanjutan selama individu

menjalani tahap pertimbangan ini dan siap untuk melangkah menuju tahap tindakan yang lebih lanjut.

Persiapan (*Preparation*): Individu pada tahap ini telah membuat keputusan untuk mengubah perilaku dan sedang mempersiapkan diri untuk melakukannya. Mereka mungkin telah merencanakan tindakan konkret untuk mengadopsi perilaku baru dan mengatasi hambatan yang mungkin muncul.

Individu dalam tahap persiapan mungkin telah merencanakan langkah-langkah yang spesifik untuk mengadopsi perilaku baru dan mengatasi hambatan yang mungkin muncul. Mereka dapat mencari informasi, sumber daya, atau dukungan yang diperlukan untuk mendukung perubahan yang diinginkan. Persiapan ini dapat meliputi membuat jadwal, mempersiapkan lingkungan yang mendukung, mengidentifikasi strategi untuk mengatasi godaan atau situasi sulit, dan mengumpulkan alat atau sumber daya lain yang diperlukan.

Selama tahap persiapan, penting untuk memberikan dukungan dan dorongan yang berkelanjutan kepada individu. Membantu mereka mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang mungkin muncul dapat meningkatkan peluang keberhasilan dalam melaksanakan perubahan. Memberikan pujian dan pengakuan atas usaha mereka untuk mempersiapkan diri juga dapat memperkuat motivasi mereka.

Namun, meskipun individu berada dalam tahap persiapan, masih mungkin ada keraguan atau kekhawatiran yang muncul. Memberikan dukungan emosional dan membantu mereka menjaga motivasi dan fokus dapat membantu mereka melewati tahap ini dan siap untuk melangkah ke tahap tindakan berikutnya.

Penting untuk diingat bahwa setiap individu memiliki kecepatan yang berbeda dalam melalui tahap-tahap perubahan perilaku. Menghormati dan menghargai proses individu tersebut adalah penting untuk mendukung mereka dalam mencapai perubahan yang diinginkan.

Tindakan (Action): Pada tahap ini, individu sudah mulai mengimplementasikan perilaku baru mereka. Mereka secara aktif terlibat dalam tindakan yang mendukung perubahan perilaku dan berusaha untuk mempertahankan perilaku tersebut dalam jangka waktu yang signifikan.

Individu dalam tahap tindakan telah mengambil langkah-langkah konkret untuk mengadopsi perilaku baru. Mereka mungkin telah menerapkan rencana tindakan yang telah mereka persiapkan selama tahap persiapan. Mereka melibatkan diri secara aktif dalam kegiatan atau praktik baru yang mendukung perubahan perilaku, berupaya menghindari godaan atau situasi yang dapat memicu perilaku lama, dan bekerja menuju tujuan mereka.

Tahap tindakan ini sering kali memerlukan dedikasi, disiplin, dan usaha yang konsisten. Individu mungkin menghadapi tantangan dan hambatan dalam menjalankan perilaku baru, dan penting untuk memberikan dukungan yang berkelanjutan dan pengakuan atas usaha mereka. Membantu individu mengidentifikasi strategi untuk mengatasi rintangan dan mempertahankan motivasi mereka dapat membantu mereka melanjutkan perubahan perilaku yang diinginkan.

Selama tahap tindakan, penting untuk tetap memantau dan mengevaluasi perkembangan. Melibatkan individu dalam refleksi diri dan memberikan umpan balik positif tentang kemajuan mereka dapat memperkuat motivasi mereka dan meningkatkan kemungkinan keberhasilan jangka panjang.

Dalam beberapa kasus, individu mungkin mengalami kembali perilaku lama atau mengalami kegagalan sementara dalam menjalankan perilaku baru. Penting untuk mengingat bahwa perubahan perilaku adalah proses yang kompleks, dan kemungkinan ada kegagalan dan kembali pada tahap sebelumnya. Dalam situasi tersebut, memberikan dukungan dan membantu individu untuk kembali ke tindakan yang konstruktif adalah

penting untuk menjaga semangat mereka dalam mencapai perubahan yang diinginkan.

Pemeliharaan (Maintenance): Setelah individu berhasil mengadopsi perilaku baru selama jangka waktu yang cukup lama, mereka memasuki tahap pemeliharaan. Pada tahap ini, tujuan utama adalah untuk menjaga perilaku yang baru diadopsi agar menjadi rutinitas dan terus dilakukan secara konsisten.

Selain lima tahap tersebut, model Transteoretikal juga mengakui adanya tahap relaps atau kekambuhan, di mana individu mungkin kembali ke perilaku lama mereka setelah mencapai tahap pemeliharaan. Proses perubahan perilaku dalam model ini tidak linier, melainkan individu dapat melalui siklus tahap-tahap ini secara berulang hingga mencapai perubahan yang berkelanjutan.

Model Transteoretikal menyajikan pandangan yang holistik tentang perubahan perilaku dan menekankan pentingnya memahami tahap-tahap yang dialami individu dalam perjalanan perubahan. Dalam konteks kesehatan, model ini dapat digunakan untuk merancang intervensi yang sesuai dengan tahap-tahap perubahan individu, sehingga memfasilitasi perubahan perilaku yang berkelanjutan dan berhasil.

Untuk merancang intervensi promosi kesehatan yang efektif, penting untuk memahami model perilaku kesehatan ini. Dengan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, kita dapat merancang strategi yang lebih efektif untuk mendorong individu mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Misalnya, jika kita memahami bahwa hambatan yang dirasakan adalah faktor utama yang mencegah seseorang melakukan tindakan kesehatan, kita bisa merancang intervensi untuk membantu mengatasi hambatan tersebut.

Selain memahami dan menerapkan model-model ini, penting juga untuk melibatkan komunitas dan individu yang menjadi target intervensi. Partisipasi komunitas dan pendekatan berbasis kekuatan, di mana fokus ditempatkan pada sumber daya

dan kemampuan yang ada dalam komunitas, dapat sangat efektif dalam mendorong perubahan perilaku kesehatan. Selain itu, menghargai dan memahami keunikan budaya dan konteks sosial individu dan komunitas juga penting dalam merancang dan melaksanakan intervensi promosi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. 1988. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ajzen, I. 1991. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. 1975. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.

BAB 5

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Oleh Sintikhewati Yenly Sucipto

5.1 Pendahuluan

Dalam mencapai tujuan promosi kesehatan yaitu meningkatkan kemampuan kelompok sasaran (individu, keluarga, masyarakat) untuk menolong diri sendiri dalam hal berperilaku hidup bersih dan sehat, memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi maupun masalah-masalah kesehatan potensial yang mengancam, mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat, serta membentuk lingkungan yang mendukung terwujudnya kemampuan tersebut; dibutuhkan strategi-strategi yang tepat. (Dwi Susilowati, 2016)

5.2 Strategi-Strategi Promosi Kesehatan

Strategi-strategi yang digunakan dalam promosi kesehatan tersebut adalah sebagai berikut :

5.2.1 Advokasi

Advokasi adalah upaya untuk mempersuasi orang lain agar dapat membantu atau mendukung tercapainya tujuan yang diharapkan. Advokasi juga didefinisikan sebagai upaya strategis yang terencana untuk mempengaruhi dan mendapatkan komitmen dan dukungan dari *stakeholders* (pihak-pihak terkait). *Stakeholders* tersebut meliputi pihak yang ada di masyarakat baik formal maupun informal yang pada umumnya mempunyai peranan dalam memimpin dan membentuk opini, menentukan kebijakan, mengambil keputusan, atau memberikan dana. (WHO, 2022)

Stakeholders yang dimaksud adalah tokoh agama (TOGA), tokoh masyarakat (TOMA), tokoh adat (TODA). Selain itu, *stakeholders* ini

dapat berupa kelompok-kelompok bentukan masyarakat dan media massa yang sangat berperan untuk menciptakan lingkungan dan suasana kondusif, membentuk opini di masyarakat, serta memberikan dorongan agar tercipta perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat. (Kemenkes RI, 2011)

Secara lebih rinci tujuan dalam promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Mendapatkan *Political Commitment*

Maksud dari *political commitment* ini adalah mendapatkan komitmen dari para pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*). Bentuk komitmen ini kemudian diwujudkan menjadi *policy support* yaitu dengan mengeluarkan peraturan dan kebijakan yang mendorong terwujudnya kesehatan masyarakat. (WHO, 2022)

2. Mendapatkan *Social Acceptance*

Advokasi juga dilakukan untuk mencari dukungan sosial yaitu dengan mensosialisasikan gagasan/ide atau tindakan atau program kesehatan kepada tokoh masyarakat. Hal ini ditujukan agar suatu gagasan/ide atau tindakan atau program kesehatan yang telah memperoleh komitmen politik dan dukungan kebijakan tersebut dapat diterima dengan baik oleh kelompok sasaran promosi kesehatan (individu, keluarga, masyarakat). (WHO, 2022)

3. Mendapatkan *System Support*

Tujuan lain dari advokasi adalah mendapatkan sistem atau prosedur yang jelas supaya suatu perilaku atau program kesehatan yang diharapkan, bukan saja masyarakat menerima, tetapi juga mau terlibat. Selain itu, adanya sistem yang jelas membuat program kesehatan tersebut mudah dilakukan oleh masyarakat itu sendiri. (PAHO, 2019)

Proses advokasi pada umumnya membutuhkan waktu yang relatif lama. Sasaran advokasi akan melewati beberapa tahapan

sebelum akhirnya memutuskan untuk melaksanakan program kesehatan.

Tahapan-tahapan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Tahap *Awareness* (Kesadaran)
Sasaran mengetahui atau menyadari adanya masalah serta mengetahui atau menyadari adanya cara untuk mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan tersebut. (Kemenkes RI, 2011)
2. Tahap *Interest* (Ketertarikan)
Sasaran tertarik untuk berpartisipasi dalam penyelesaian permasalahan kesehatan yang diusulkan. (Kemenkes RI, 2011)
3. Tahap *Consideration* (Pertimbangan)
Sasaran mulai memikirkan dan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah dengan menyesuaikan peranannya. (Kemenkes RI, 2011)
4. Tahap *Agreement* (Kesepakatan)
Sasaran sepakat melakukan tindakan penyelesaian masalah kesehatan dengan memilih salah satu dari beberapa alternatif pemecahan masalah. (Kemenkes RI, 2011)
5. Tahap *Follow-Up* (Tindak Lanjut)
Sasaran melakukan program kesehatan sesuai komitmen serta memutuskan tindak lanjut kesepakatan. (Kemenkes RI, 2011)

Mengingat proses yang tidak mudah, tidak singkat, dan melewati berbagai tahapan hingga program kesehatan dapat diterima dan dijalankan, maka proses advokasi harus melalui perencanaan yang matang dan tepat. Adapun langkah-langkah dalam melakukan advokasi adalah sebagai berikut :

1. Persiapan
Persiapan yang dilakukan meliputi penyusunan bahan, materi, dan instrumen advokasi dengan baik. Materi yang disusun harus menyesuaikan minat dan fokus dari sasaran advokasi (latar belakang pendidikan, jabatan, budaya, dan lain-lain).

Bahan advokasi yang dibutuhkan adalah studi pendahuluan yang berisi informasi atau data permasalahan kesehatan yang sesuai fakta seperti besaran masalah kesehatan, dampak yang diakibatkan dari masalah baik dari segi kesehatan maupun segi ekonomi, yang dapat disajikan dalam bentuk tabel, diagram atau grafik. Bahan advokasi juga berisi penyelesaian masalah yang *evidence-based* termasuk program yang ditawarkan oleh sasaran advokasi. Setelah bahan advokasi dikumpulkan, pelaksana advokasi merumuskan masalah serta alternatif-alternatif dari penyelesaian masalahnya. Materi advokasi juga diharapkan memenuhi unsur 5 W + 1 H yaitu Apa (*What*), Mengapa (*Why*), Di mana (*Where*), Kapan (*When*), Siapa yang melaksanakan (*Who*), dan Bagaimana melaksanakannya (*How*). (Dwi Susilowati, 2016)

2. Pelaksanaan

Proses advokasi harus dilaksanakan secara jelas, menarik, dan tidak bertele-tele. Metode dan media yang digunakan tergantung pada persiapan yang dilakukan oleh pelaksana dengan mempertimbangkan sasaran advokasi. Pada pelaksanaan, pelaksana advokasi menyajikan peran-peran yang dapat dilakukan oleh sasaran dalam masing-masing alternatif penyelesaian masalah kesehatan. Pelaksana juga dalam menyajikan harus sesuai waktu yang disediakan untuk proses advokasi. (Dwi Susilowati, 2016)

3. Penilaian

Penilaian merupakan tahap akhir dari langkah pelaksanaan advokasi. Proses advokasi dapat dikatakan berhasil jika sasaran advokasi telah melewati tahapan dalam menerima program kesehatan yang diusulkan mulai dari tahap *awareness* hingga tahap tindak lanjut yang sudah dijelaskan sebelumnya di atas. (Dwi Susilowati, 2016)

5.2.2 Bina Suasana

Bina suasana merupakan upaya strategi dalam promosi kesehatan yang bertujuan untuk membentuk lingkungan sosial yang mendorong setiap individu sebagai anggota masyarakat supaya mau melakukan perilaku kesehatan yang diperkenalkan. Dalam teori L. Green, lingkungan sosial merupakan salah satu *reinforcing factor* yaitu faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu perilaku kesehatan. Jika lingkungan sosial disekitar individu (orang tua, keluarga di rumah, teman, organisasi siswa/mahasiswa, serikat karyawan, figur yang menjadi idola atau panutan, kelompok bentukan sosial, pemuka agama, atau masyarakat umum yang berada disekeliling individu tersebut) menyetujui, mendukung, bahkan melakukan perilaku kesehatan yang ditawarkan maka akan semakin mendukung individu tersebut untuk mau melakukannya. (Notoatmodjo, 2012)

Secara umum, tujuan dari bina suasana ini adalah menjalin hubungan baik antara sektor kesehatan sebagai pemegang program dengan figur-figur maupun sektor penting di masyarakat yang nantinya berperan sebagai perantara kepada masyarakat agar perilaku atau program kesehatan yang diperkenalkan dapat diterima dan dilakukan. Dengan kata lain, bina suasana dilaksanakan untuk mencari dukungan sosial terhadap terlaksananya perilaku kesehatan di masyarakat.

Strategi Bina Suasana dalam prosesnya menggunakan tiga pendekatan, yaitu :

1. Bina Suasana Individu

Pendekatan ini terjadi pada individu-individu dalam masyarakat seperti tokoh masyarakat (TOMA), tokoh agama (TOGA), tokoh adat (TODA). Individu-individu tersebut menjadi figur panutan dalam melakukan perilaku kesehatan yang sedang ditawarkan kepada masyarakat untuk dapat dilakukan. Apabila TOMA, TOGA, dan TODA mempraktikkan lebih dulu perilaku baru yang diperkenalkan dan bersedia

menjadi pioner atau kader serta ikut berpartisipasi menyebarluaskan informasi terkait perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut maka secara tidak langsung telah menciptakan suasana dan lingkungan yang kondusif agar terwujud perubahan perilaku pada individu sebagai bagian terkecil dalam masyarakat. (Windi Chusniah, 2019)

2. Bina Suasana Kelompok

Pendekatan ini terjadi pada kelompok-kelompok bentukan sosial yang terdapat di masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), perkumpulan Usaha Masyarakat Kecil Menengah (UMKM), pengurus kelompok pengajian, organisasi profesi, serikat pekerja, organisasi siswa atau mahasiswa, dan lain-lain. Pemegang program kesehatan mengupayakan agar kelompok-kelompok tersebut peduli, setuju, dan mendukung terhadap perilaku yang sedang ditawarkan. Kelompok bentukan sosial tersebut apabila bersedia mempraktikkan perilaku yang ditawarkan, dapat memotivasi dan melakukan kontrol sosial kepada para anggota kelompoknya. (Windi Chusniah, 2019)

3. Bina Suasana Publik

Pendekatan ini dilaksanakan pada masyarakat umum melalui jalinan dan pengembangan kemitraan serta pendayagunaan media-media komunikasi massa, seperti situs televisi, internet, radio, koran, majalah, dan lain-lain. Kategori ini bertujuan untuk membentuk opini publik. Oleh karena itu, media massa sangat berperan sebagai mitra untuk menyebarluaskan informasi yang positif mengenai perilaku yang sedang ditawarkan baik dalam bentuk kampanye maupun pemasaran sosial. Penyebarluasan informasi ini akan membentuk opini publik yang positif juga terhadap perilaku tersebut dan secara tidak langsung menjadi *social pressure* yang membuat masyarakat pada akhirnya mau melakukan perilaku kesehatan yang ditawarkan. (Windi Chusniah, 2019)

5.2.3 Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Strategi dalam promosi kesehatan yang juga sangat penting adalah pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan kelompok sasaran promosi kesehatan baik individu, keluarga, maupun masyarakat, agar dapat berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan melalui cara fasilitasi proses pemecahan masalah dengan menggunakan pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan, potensi, dan budaya setempat. (Kemenkes RI, 2019) Berdasarkan pengertian di atas, beberapa hal dasar yang dapat dipahami dari upaya pemberdayaan masyarakat (Kemenkes RI, 2019), antara lain sebagai berikut :

1. Upaya peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat secara sistematis untuk mengembangkan potensi diri masyarakat tersebut dalam hal kemauan berbicara tentang segala hal terkait masalah-masalah kesehatan yang dialami dan kemampuan untuk memilih alternatif-alternatif pemecahan masalah yang dapat diorganisir dan dilakukan oleh masyarakat itu sendiri.
2. Upaya peningkatan peran aktif masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan dengan menggunakan prinsip dari, oleh, dan untuk masyarakat itu sendiri.
3. Upaya fasilitasi yang bersifat non-instruktif, dengan tujuan :
 - a. Meningkatkan pengetahuan, sikap positif, dan kemampuan.
 - b. Fasilitasi dalam identifikasi masalah, pengambilan keputusan, merencanakan, dan memecahkan masalah.
 - c. Mengembangkan potensi masyarakat, tindakan gotong royong, dan kemitraan.

d. Mendorong kemandirian masyarakat.

Secara umum, tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat supaya mampu berperilaku hidup sehat dan berkontribusi dalam meningkatkan derajat kesehatan. Sedangkan secara khusus, tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan kelompok sasaran (individu, keluarga, masyarakat) dalam hal mampu mengenali, mencegah, dan mengatasi faktor risiko, masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, mampu berperan aktif dalam setiap program yang membangun kesehatan, serta mampu menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. (Poedjo Prasetyo, 2011)

Dalam proses pemberdayaan masyarakat, diperlukan strategi-strategi yang tepat. Strategi dalam pemberdayaan masyarakat tersebut (Kemenkes RI, 2013) meliputi :

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan melalui penggerakkan masyarakat sehingga masyarakat mempunyai peluang untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan.
2. Mengembangkan bermacam-macam cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya potensial masyarakat berbasis kearifan lokal baik dana dan tenaga secara optimal.
3. Mengembangkan berbagai wujud kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dapat diterima oleh budaya masyarakat setempat.
4. Menciptakan sistem pengelolaan sumber daya masyarakat secara transparan.

Kunci keberhasilan agar kelompok sasaran menjadi tahu dan memiliki kesadaran adalah membuat kelompok sasaran

tersebut bahwa suatu faktor risiko atau suatu masalah kesehatan adalah masalah bagi kelompok sasaran dan perlu dicegah atau diatasi. Selama kelompok sasaran belum mengetahui, memahami, dan menyadari akan adanya sesuatu yang dianggapnya sebagai masalah, maka kelompok sasaran terlebih akan menolak menerima informasi lebih lanjut mengenai masalah kesehatan yang dihadapi. Saat kelompok sasaran menyadari masalah yang sedang dan akan dihadapi, maka informasi lebih lanjut terkait masalah yang bersangkutan harus segera diberikan oleh kelompok sasaran tersebut. (Dwi Susilowati, 2016)

Proses perubahan seseorang dari tahu ke mau dilakukan dengan menyajikan fakta-fakta baik besaran masalah, faktor risiko, penyebab, hingga fakta mengenai dampak-dampak yang dihadapi akibat terjadinya masalah; menyampaikan informasi bahwa masalah-masalah yang tadi disajikan dapat dicegah dan di atasi; serta memberikan fakta-fakta terkait figur-figur panutan yang tidak terpapar masalah kesehatan karena mempraktikkan suatu perilaku yang diperkenalkan. (Dwi Susilowati, 2016)

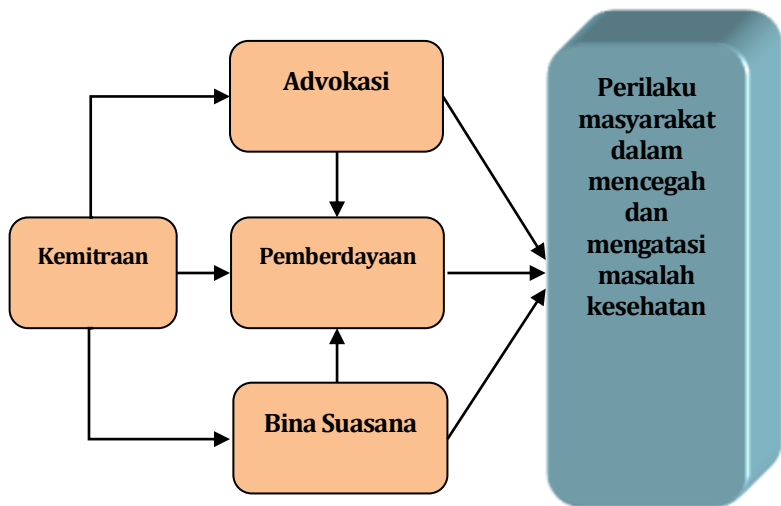
Kelompok sasaran sudah melewati tahap perubahan dari tahu ke mau dan akan memasuki tahap memasuki tahap mau ke mampu maka hal yang sering menjadi kendala adalah masalah ekonomi. Alternatif yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut adalah dengan memberikan bantuan secara langsung dan atau mengorganisasikan masyarakat melalui proses pemberdayaan kelompok. Sejumlah individu dan keluarga yang telah mau mempraktikkan suatu perilaku kesehatan yang diperkenalkan, diorganisasikan menjadi satu kelompok yang akan bekerja sama dalam menemukan pemecahan masalah dan kendala yang dihadapi. Pada tahap ini, perlu disampaikan adanya program-program sektor lain yang berkaitan dan mendukung program kesehatan sehingga dapat membantu hal-hal yang dibutuhkan oleh masyarakat. (Dwi Susilowati, 2016)

5.2.4 Kemitraan

Strategi kemitraan merupakan strategi dalam promosi kesehatan yang harus digalang dengan baik di setiap strategi-strategi promosi kesehatan yang lain (advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan) supaya dapat membangun kerjasama dan mendapatkan dukungan dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Kemitraan membuat strategi advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan menjadi lebih efektif. Strategi kemitraan berperan dalam membentuk jejaring dan forum kerja sama. Melalui kerja sama, dukungan, dan pembagian tugas dengan mitra; sasaran advokasi akan dapat diarahkan untuk sampai kepada tujuan yang diharapkan. Sebagai konsekuensi, media dan metode yang digunakan pada proses advokasi harus tepat sehingga kerja sama yang dilaksanakan dengan baik. (Helen Avery, 2022) Pada strategi bina suasana, kemitraan sangat dikembangkan agar mitra-mitra dapat menyebarkan perilaku yang diperkenalkan yang ditujukan untuk membentuk opini positif di masyarakat. Selain itu, kemitraan juga membantu keberhasilan strategi pemberdayaan. Kemitraan terhadap lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM) akan membentuk kerja sama antar LSM ataupun antara LSM dengan pemerintah. Dengan demikian, pemberdayaan akan dapat mencapai tujuannya dalam memampukan kelompok sasaran mempraktikkan perilaku kesehatan. (Risa Afriani, 2020)

Hubungan antara kemitraan dengan strategi-strategi lain dalam promosi kesehatan dapat dipahami melalui gambar di bawah ini.



Gambar 5.1. Kaitan Strategi-Strategi dalam Promosi Kesehatan
(Sumber : Risa Afriani, 2020)

Kemitraan dilakukan pada individu, keluarga, instansi pemerintah yang berkaitan dengan program kesehatan (lintas sektor), pemuka atau tokoh masyarakat, media massa, dan lainnya. Mengingat pentingnya strategi kemitraan, maka dalam pelaksanaannya harus memperhatikan 3 prinsip dasar, sebagai berikut :

1. Kesetaraan

Kesetaraan ini mempunyai arti tidak dibentuk hubungan yang bersifat hirarkhis. Proses diawali dengan kerelaan dan kesediaan menerima bahwa masing-masing pihak mempunyai kedudukan yang sama. Hal ini dicapai dengan mengembangkan hubungan kekeluargaan, yaitu hubungan yang didasari oleh rasa kebersamaan dan kepentingan bersama. Kalaupun dalam prosesnya terbentuk suatu struktur hirarkhis dalam sebuah tim kerja maka hal

tersebut terbentuk karena sebuah kesepakatan. (Poedjo Prasetyo, 2011)

2. Keterbukaan

Dalam menjalankan kemitraan perlu adanya kejujuran dari masing-masing pihak. Setiap hal yang diusulkan, disarankan, atau dalam memberi komentar maka harus sesuai fakta dan tidak menutupi. (Poedjo Prasetyo, 2011)

3. Saling menguntungkan

Kemitraan terbentuk karena adanya keuntungan yang akan didapatkan oleh pihak-pihak yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung. (Poedjo Prasetyo, 2011)

DAFTAR PUSTAKA

- Dwi Susilowati. 2016. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Pusdik SDM Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Helen Avery. 2022. *Empowering Communities With Health Promotion Labs : Result from a CBPR programme in Malmo, Sweden*. Health Promotion International; 37(1):daab069. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8851348/pdf/daab069.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Notoatmodjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pan American Health Organization. 2019. *Strategy and Plan of Action on Health Promotion within The Context of The Sustainable Development Goals 2019-2030*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Poedjo Prasetyo, dkk. 2011. *Standarisasi Pemberdayaan Masyarakat Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

- Riza Afriani M., dkk. 2020. *Rencana Aksi Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2020-2024*. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.
- World Health Organization. 2022. *A Global Framework for Integrating Well-Being into Public Health Utilizing a Health Promotion Approach*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing16dec22.pdf?sfvrsn=32a0e228_5&download=true
- Windi Chusniah R. 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.

BAB 6

METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Oleh Dian Jayantari Putri K. Hedo

6.1 Pengantar Promosi Kesehatan

Pada prinsipnya promosi kesehatan memiliki suatu tujuan promosi, yaitu adanya atau terjadinya perubahan perilaku terkait kesehatan. Promosi kesehatan dapat diartikan sebagai suatu upaya pencegahan penyakit dan memelihara serta meningkatkan kesehatan. Di dalam promosi kesehatan terdapat upaya-upaya penyebarluasan informasi dan pesan kesehatan kepada sasaran penerima pesan agar informasi dan pesan tersebut dapat diterima dan dilakukan dalam bentuk perilaku kesehatan sehari-hari (Notoatmodjo, 2007).

Promosi kesehatan juga melibatkan adanya proses pemberdayaan yang dilakukan terhadap suatu masyarakat agar masyarakat dapat memelihara dan mengoptimalkan derajat kesehatannya melalui suatu perubahan perilaku kesehatan atau pemerolehan perilaku yang mendukung terhadap kesehatan (McKenzie, Pinger and Seabert, 2018).

Di dalam promosi kesehatan terdapat fokus utama pada konsep sehat, bukan sakit (Hedo and Katmini, 2022). Fokus menjadi sehat atau mempertahankan dan meningkatkan kesehatan terlebih dahulu, sebelum fokus mengobati penyakit, adalah bentuk penekanan pada upaya-upaya positif dalam sektor kesehatan (Hayden, 2019). Hal ini terkait dengan upaya promosi dan peningkatan kesehatan yang menjadi topik penelitian dalam

bidang keilmuan kesehatan masyarakat, terutama promosi kesehatan (Taylor, 2018).

6.2 Metode dalam Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dapat dilakukan dalam berbagai konteks dan melalui beberapa metode agar isi pesan dan informasi yang terkandung di dalamnya dapat disampaikan dan dipahami oleh sasaran yang dituju (Raodah and Handayani, 2022). Terdapat beberapa cara atau metode dalam melakukan promosi kesehatan.

Metode pertama adalah metode promosi individu atau personal. Cara ini dapat diterapkan pada individu dalam melakukan perilaku kesehatan yang baru, atau dalam melakukan perubahan perilaku terkait kesehatan. Metode promosi kesehatan secara individu dapat dilakukan dengan melakukan konseling dan pendampingan yang dilakukan antara klien dan petugas kesehatan secara intensif. Proses konseling dilakukan dengan mengidentifikasi permasalahan klien dan memfasilitasi klien menentukan pilihan upaya pemecahan masalahannya. Perubahan perilaku akan dapat dicapai oleh klien dengan sadar, sukarela, dan personal. Selain dengan menggunakan konseling dan pendampingan, metode promosi kesehatan individu dapat dilakukan dengan wawancara petugas kesehatan terhadap klien terkait permasalahan kesehatan dan upaya perubahan perilaku terkait kesehatan (Jatmika *et al.*, 2019).

Promosi kesehatan juga dapat dilakukan dengan metode secara berkelompok, yaitu dengan metode promosi kelompok. Metode ini dapat diterapkan pada kelompok besar yaitu kelompok yang terdiri dari lebih dari 15 orang dan dilakukan dengan menggunakan ceramah, sosialisasi skala besar, dan seminar. Metode kelompok juga dapat dilakukan pada kelompok kecil yaitu dengan cara melakukan diskusi kelompok, curah pendapat, membuat kajian dalam kelompok kecil, melakukan *role play*, melakukan simulasi terkait perilaku kesehatan yang dituju. Metode

curah pendapat adalah metode yang cukup sering dijumpai di masyarakat. Metode curah pendapat memiliki beberapa kelebihan yaitu dapat memicu sasaran untuk berpartisipasi aktif dalam berdiskusi dan berpendapat, dapat melatih sasaran berpikir dengan tepat, cepat, dan logis, dapat menargetkan sasaran untuk berpendapat, dapat meningkatkan partisipasi sasaran, dapat merangsang persaingan sehat pada kelompok sasaran, dan dapat memicu atmosfer demokrasi dalam kelompok. Selain metode curah pendapat, metode promosi kesehatan yang juga sering dilakukan di masyarakat adalah metode simulasi. Metode promosi kesehatan yang dilakukan melalui simulasi bertujuan untuk merangsang dan meningkatkan pemikiran dan perasaan dengan sikap dan psikomotorik pembelajar, menghayati berbagai masalah yang mungkin dihadapi oleh peran yang disimulasi, menggunakan pengalaman peran dalam simulasi untuk menemukan upaya pemecahan masalah, membantu mendapat sudut pandang tertentu, memunculkan kesempatan berlatih menguasai keterampilan tertentu melalui situasi buatan yang disimulasi secara aman (Siregar, 2020).

Promosi kesehatan juga dapat dilakukan dalam skala besar yang melibatkan massa. Promosi kesehatan yang dilakukan pada sasaran kelompok massa perlu memastikan bahwa isi pesan dan informasi yang disampaikan bersifat umum sehingga dapat diterima dan dipahami oleh masyarakat secara umum yang dapat berasal dari berbagai latar belakang dan konteks kehidupan. Promosi kesehatan dalam konteks kelompok massa dapat dilakukan dengan ceramah umum, pidato, kajian publikasi ilmiah di media massa, acara *talk show*, pemasangan baliho atau *banner* di berbagai tempat dan fasilitas umum, dan melalui pesan di berbagai media yang dapat diakses oleh kelompok massa (Jatmika *et al.*, 2019).

Promosi kesehatan yang dilakukan melalui berbagai jenis metode dapat dipilih dan disesuaikan dengan tujuan

pelaksanaannya. Terdapat beberapa metode yang sesuai dan efektif untuk dilakukan pada tujuan promosi kesehatan tertentu. Apabila suatu promosi kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran kesehatan, maka metode promosi kesehatan yang sesuai untuk digunakan adalah dengan ceramah, seminar, dan kajian kelompok. Apabila promosi kesehatan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan terkait kesehatan, maka metode promosi kesehatan yang sesuai untuk digunakan adalah dengan melakukan konseling, kajian kelompok kecil, atau *focus group discussion*. Apabila promosi kesehatan ditujukan untuk menstimulasi munculnya pemberdayaan dan kesadaran diri terkait kesehatan, maka metode promosi kesehatan yang sesuai untuk digunakan adalah dengan melakukan simulasi, pelatihan, dan *peer teaching*. Apabila promosi kesehatan ditujukan untuk mendorong adanya perubahan kebiasaan dan perilaku terkait kesehatan, maka metode promosi kesehatan yang sesuai untuk digunakan adalah dengan melakukan pelatihan atau kajian kelompok. Sedangkan apabila promosi kesehatan ditujukan terkait kesehatan lingkungan, maka metode promosi kesehatan yang sesuai untuk digunakan adalah dengan menjalin advokasi dan koordinasi dengan pembuat kebijakan terkait lingkungan (Siregar, 2020).

6.3 Media dalam Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai media untuk membantu menyalurkan atau menyampaikan seluruh isi pesan dan tujuan promosi kesehatan kepada sasaran tujuannya. Pada dasarnya media promosi kesehatan adalah sarana yang digunakan untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator kesehatan terkait kesehatan kepada sasaran (Pakpahan *et al.*, 2021). Penggunaan media dalam pelaksanaan promosi kesehatan adalah bertujuan untuk memfasilitasi terjadinya penyampaian informasi terkait kesehatan, mencegah kesalahan persepsi terkait informasi kesehatan yang disampaikan,

meningkatkan kejelasan dan ketepatan penerimaan informasi kesehatan oleh sasaran, meningkatkan pemahaman sasaran terhadap informasi kesehatan yang disampaikan, memperlancar komunikasi yang terjadi, dan dapat digunakan untuk membantu menampilkan informasi dalam berbagai bentuk yang dapat diterima indera (Jatmika *et al.*, 2019).

Terdapat beberapa bentuk umum penggunaan media dalam rangka promosi kesehatan. Media promosi kesehatan dapat dilakukan dalam bentuk bahan bacaan berupa buku rujukan, lembaran leaflet, majalah, buletin, bahan peragaan berupa poster, lembar balik, film, dan berbagai bentuk lainnya. Media promosi kesehatan juga dapat dibagi berdasarkan cara produksinya, yaitu media cetak, media elektronik, dan media luar ruang. Media promosi kesehatan yang dibuat dalam bentuk media cetak merupakan media yang bersifat statis yang menyampaikan informasi dan pesan terkait kesehatan secara visual. Media cetak tersusun dari sejumlah kata, gambar, atau foto dalam berbagai tata warna. Media promosi kesehatan yang dibuat dalam bentuk cetak adalah poster, leaflet, surat kabar, majalah, stiker, lembar balik, atau pamflet (Nurmala *et al.*, 2018).

Selain media cetak, media promosi kesehatan juga dapat diproduksi dalam bentuk media elektronik. Media elektronik merupakan media yang bergerak dan dinamis, dimana informasi dan pesan terkait kesehatan disalurkan melalui alat bantu elektronik seperti televisi, radio, cd, komputer, dan berbagai perangkat lainnya. Media promosi kesehatan juga dapat dibuat dalam bentuk media luar ruang, yaitu media yang menyampaikan pesan atau informasi kesehatan di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronik secara statis. Papan iklan kesehatan, spanduk, dan baliho dalam ukuran besar yang dipasang di tempat dan fasilitas publik merupakan beberapa contoh media promosi kesehatan luar ruangan (Febrianti, Mardhatillah and Ramlan, 2022).

Informasi dan pesan yang terkandung dalam promosi kesehatan dapat disebarkan melalui berbagai media dengan menggunakan beberapa alat bantu promosi kesehatan. Terdapat berbagai alat bantu untuk melakukan promosi kesehatan, yaitu alat bantu lihat, alat bantu dengar, dan alat bantu lihat dengar. Alat bantu lihat dapat memfasilitasi terciptanya rangsangan pada indra penglihatan dalam menerima media promosi kesehatan. Alat bantu lihat dalam media promosi kesehatan dapat berbentuk alat yang diproyeksikan seperti slide atau tayangan film dan alat bantu yang tidak dapat diproyeksikan seperti boneka peraga. Alat bantu dengar dapat memfasilitasi terciptanya rangsangan pada indera pendengaran dalam menerima media promosi kesehatan. Alat bantu dengar dalam media promosi kesehatan dapat berupa *sound system* dan radio. Alat bantu lihat dengar dapat memfasilitasi terciptanya rangsangan pada indera penglihatan sekaligus pada indera pendengaran dalam menerima media promosi kesehatan. Alat bantu lihat dengar dalam media promosi kesehatan dapat berupa video dan tayangan televisi atau komputer (Siregar, 2020).

Media promosi kesehatan yang digunakan dalam berbagai konteks kehidupan masyarakat memiliki beberapa prinsip dasar dalam penggunaannya. Media promosi kesehatan memiliki prinsip bahwa semakin banyak indera yang dilibatkan dalam penerimaan pesan dan informasi kesehatan dari media, maka semakin jelas dan akurat pemahaman terhadap isi pesan dan informasi kesehatan tersebut. Media promosi kesehatan juga memiliki kekurangan dan kelebihan pada setiap jenis dan bentuknya, sehingga perlu digunakan berbagai variasi dan eksplorasi yang sesuai untuk menyusun suatu media promosi kesehatan yang tepat dan efektif. Prinsip yang juga perlu diperhatikan dalam penyusunan dan penggunaan media promosi kesehatan adalah tujuan penggunaan media promosi kesehatan untuk memberikan dorongan dan motivasi pada sasaran penerima informasi dan pesan kesehatan yang dimaksud. Media promosi kesehatan juga perlu disusun dan

dirancang penggunaannya secara matang dengan persiapan yang mumpuni (Jatmika *et al.*, 2019).

Agar dapat melakukan fungsinya dengan optimal sesuai tujuan penggunaannya, media promosi kesehatan perlu mengandung beberapa kriteria. Kriteria yang perlu dimiliki oleh suatu media promosi kesehatan adalah melibatkan adanya teknologi dan akses teknologi yang terjangkau, memiliki akses yang mudah oleh sasaran, memerlukan biaya yang efisien dalam pembuatan dan penyebarluasannya, merangsang terjadinya interaksi dan eksplorasi oleh penggunanya, melibatkan adanya dukungan organisasi atau instansi tertentu di bidang kesehatan, dan mengandung suatu unsur kebaruan dalam penyusunan, pembuatan, dan penyebarluasannya kepada sasaran (Notoatmodjo, 2007).

Media promosi kesehatan yang dapat berfungsi secara efektif dan optimal dalam merangsang terjadinya pemahaman terkait kesehatan pada masyarakat atau sasaran penerima pesan perlu memastikan bahwa pesan yang dikandung di dalam media promosi kesehatan tersebut telah memperhatikan beberapa hal berikut. Suatu pesan atau informasi pada media promosi kesehatan perlu memperhatikan adanya *command attention*, yaitu pengembangan satu ide atau pesan pokok yang dapat direfleksikan menjadi suatu pesan yang ingin disampaikan melalui media. Pesan atau informasi pada media promosi kesehatan juga perlu dijelaskan secara sederhana, jelas, konsisten, valid, logis, dan mudah dipahami. Selain itu pesan atau informasi pada media promosi kesehatan juga perlu menyampaikan tentang adanya manfaat terkait kesehatan yang dapat diperoleh oleh penerimanya. Pesan atau informasi terkait kesehatan yang terkandung dalam media promosi kesehatan juga perlu dapat memberikan sdan dorongan kepada sasaran penerima pesan dan informasi untuk melakukan atau merubah perilakunya ke arah yang kondusif dan

positif terkait kesehatan (Notoatmodjo, 2007; Nurmala *et al.*, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Febrianti, D., Mardhatillah and Ramlan, P. 2022. *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Hayden, J. 2019. *Introduction to Health Behavior Theory*. Third Edit. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Hedo, D. J. P. K. and Katmini. 2022. 'Determinants of Adolescents' Healthy Lifestyle Behavior in Kediri, East Java', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 10(2), pp. 103–117. doi: 10.20473/jpk.V10.I2.2022.103-117.
- Jatmika, S. E. D. et al. 2019. *Pengembangan Media Promosi Kesehatan, K-Media*. Edited by E. Khuzaimah. Yogyakarta: K-Media.
- McKenzie, J. F., Pinger, R. R. and Seabert, D. M. 2018. *Community and Public Health*. Ninth Edit. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. 2nd edn. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurmala, I. et al. 2018. *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Pakpahan, M. et al. 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Raodah and Handayani, L. 2022. 'Media Sebagai Edukasi Intervensi Promosi Kesehatan Masyarakat di Indonesia', *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 5(2), pp. 123–133. Available at: <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/MPPKI/article/view/2039/1942>.
- Siregar, P. A. 2020. *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara.
- Taylor, S. E. 2018. *Health Psychology*. Tenth Edit. New York: McGraw Hill Education.

BAB 7

PEMASARAN SOSIAL

Oleh Muhammad Ridha Afdhal

Dalam bentuknya yang paling mendasar, pemasaran sosial adalah penerapan prinsip dan teknik pemasaran untuk mendorong perubahan atau perbaikan sosial. Beberapa contoh pengaplikasian pemasaran sosial khususnya dalam aspek Kesehatan antara lain meliputi; terkait aktifitas keseharian masyarakat (Maibach, 2003), kesiapsiagaan dan tanggap bencana (Guion, D. T., Scammon, D. L., & Borders, A. L., 2007), konservasi ekosistem dan spesies (Boss, The cultural touch., 2008) (Jenks, B., Vaughan, P. W., & Butler, P. J., 2010), isu lingkungan (Maibach, 2003), pengembangan tenaga kerja sukarela atau penduduk asli (Boehm, 2009), ancaman global resistensi antibiotik (Edgar, T., Boyd, S. D., & Palamé, M. J., 2009), meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Chang, D. I., Bultman, L., Drayton, V. L., Knight, E. K., Rattay, K. T., & Barrett, M. , 2007), pencegahan cedera (Smith, 2006), perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien (Evans, W. D., & McCormack, L., 2008), tantangan kesehatan masyarakat (Grier, S., & Bryant, C. A., 2005) mengurangi kesenjangan Kesehatan (Williams, J. D., & Kumanyika, S. K., 2003), permintaan sanitasi (Jenkins, M. W., & Scott, B., 2007), sistem pengolahan air (Mintz, E., Bartram, J., Lochery, P., & Wegelin, M., 2001) dan beberapa aspek sosial lainnya.

Penggunaan pemasaran sosial yang paling umum digunakan adalah dalam program kesehatan masyarakat. Pemasaran sosial menjadi salah satu teori atau model yang paling sering dikutip yang digunakan di antara 497 studi intervensi yang mereka ulas (Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. , 1997). Pemasaran sosial tidak hanya menjadi kerangka kerja yang populer

bagi banyak orang yang bekerja di bidang kesehatan masyarakat dan bidang terkait, tetapi juga, seperti yang saya catat sebelumnya, telah menjadi bagian dari strategi nasional yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan kesejahteraan sosial. Kanada termasuk pelopor dalam hal ini.

Unit Pemasaran Sosial dibentuk pada tahun 1981 sebagai bagian dari Direktorat Promosi Kesehatan Kesehatan Kanada. Tujuan utamanya adalah untuk mengembangkan kampanye pemasaran sosial multifaset "untuk menginformasikan, mendidik, dan mendorong orang Kanada untuk membuat perubahan proaktif dalam perilaku mereka demi kemajuan diri mereka sendiri, orang-orang yang mereka sayangi, dan komunitas mereka" (Mintz, E., Bartram, J., Lochery, P., & Wegelin, M, 2001). Di Inggris Raya, Pusat Pemasaran Sosial Nasional dibentuk pada tahun 2006 untuk mendukung implementasi program pemasaran sosial di semua kegiatan promosi kesehatan Layanan Kesehatan Nasional. Seperti yang dicatat oleh French (2009) sehubungan dengan perkembangan ini: "Pemasaran sosial merupakan pendekatan yang menarik untuk mengatasi masalah perilaku bagi pemerintah karena menetapkan pendekatan teknis yang transparan berdasarkan bukti dan generasi wawasan, yang kemudian dilacak dan dievaluasi dan dimodifikasi sebagai diperlukan (French, 2009).

Di Australia, pendekatan pemasaran sosial dimasukkan dalam Strategi Kesehatan Pencegahan Nasional negara itu (Taskforce, 2009), yang dirancang untuk mengatasi obesitas dan penggunaan alkohol, obat-obatan terlarang, dan tembakau. Contoh penting dari lonjakan minat dalam pemasaran sosial di luar bidang kesehatan masyarakat adalah rekomendasi dari Institut Kriminologi Australia (Homel, P., & Carroll, T., 2009) bahwa prinsip-prinsip pemasaran sosial harus diterapkan untuk pencegahan kejahatan, dan identifikasi oleh Worldwatch Institute (Institute, 2010) tentang pendekatan pemasaran sosial sebagai cara mengubah budaya dari konsumerisme menjadi keberlanjutan.

Memang, ketika pemasaran sosial muncul dengan sendirinya (bahkan ketika beberapa orang menyalahgunakan istilah tersebut dengan menggunakannya untuk menggambarkan pemasaran media sosial, atau pemasaran melalui situs jejaring sosial berbasis web), adalah umum untuk menemukan referensi pemasaran sosial dalam permintaan untuk proposal dan jenis pengadaan lainnya dari lembaga pemerintah untuk proyek domestik dan internasional, divisi dan departemen pemasaran sosial di biro iklan dan hubungan masyarakat terkemuka, dan lembaga nirlaba dan swasta yang mengabdikan diri untuk menerapkan pemasaran sosial pada masalah sosial dan program perubahan perilaku.

Beberapa definisi tentang pemasaran sosial dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 7.1. Definisi Pemasaran Sosial

Manoff, 1985	“Pemasaran sosial adalah adaptasi pemasaran terhadap keharusan kesehatan masyarakat yang merupakan strategi untuk menerjemahkan temuan ilmiah tentang Kesehatan ke dalam pendidikan dan program yang diadopsi dari metodologi pemasaran komersial.”
Kotler & Roberto, 1989	“Teknologi manajemen perubahan sosial yang melibatkan desain, implementasi, dan kontrol program yang ditujukan untuk meningkatkan penerimaan ide atau praktik sosial dalam satu atau lebih kelompok pengadopsi target.”
Andreasen, 1995	“Penerapan teknologi pemasaran komersial untuk analisis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program yang dirancang untuk

	mempengaruhi perilaku sukarela khalayak sasaran untuk meningkatkan kesejahteraan pribadi mereka dan masyarakat mereka.”
Kotler, Roberto & Lee, 2002	“Pemasaran sosial adalah penggunaan prinsip dan teknik pemasaran untuk memengaruhi khalayak sasaran agar secara sukarela menerima, menolak, memodifikasi, atau meninggalkan suatu perilaku untuk kepentingan individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan.”
Donovan & Henley, 2003	“Penerapan konsep pemasaran, teknik pemasaran komersial dan teknik perubahan sosial lainnya untuk mencapai perubahan perilaku individu dan perubahan struktur sosial yang konsisten berdasarkan Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB.”
Smith, 2006	“Proses manajemen program yang dirancang untuk memengaruhi perilaku manusia melalui pengambilan keputusan yang berorientasi pada konsumen yang mengarah pada peningkatan manfaat sosial.”
Serrat, 2010	“Pemasaran sosial adalah penggunaan prinsip dan teknik pemasaran untuk menghasilkan perubahan perilaku. Ini adalah konsep, proses, dan aplikasi untuk memahami siapa orang, apa yang mereka

	inginkan, dan kemudian mengatur penciptaan, komunikasi, dan penyampaian produk dan layanan untuk memenuhi keinginan mereka serta kebutuhan masyarakat, dan memecahkan masalah sosial yang serius”.
Lalu, 2010	“sebuah proses adaptasi dan adopsi kegiatan pemasaran komersial, lembaga dan proses sebagai sarana untuk mendorong perubahan perilaku pada audiens yang ditargetkan secara sementara atau permanen untuk mencapai tujuan sosial.”

Sumber : (Lafebvre, 2013)

7.1 Sejarah Pemasaran Sosial

Sejarah pemasaran sosial biasanya dikembangkan dari perspektif pemasaran, atau akademis, di negara-negara maju. Perkembangan pemasaran sosial telah mengikuti dua alur. Yang pertama dapat ditelusuri melalui sistem bisnis dan penelitian akademik yang dimulai pada awal 1900-an, ketika teori ekonomi melakukan diversifikasi dari fokus eksklusif pada produksi dan penciptaan nilai ekonomi untuk memasukkan sistem distribusi dan regulasi serta pemasaran produk (Wilkie, W. L., & Moore, E. S., 2003). Beberapa dekade berikutnya, pemasaran semakin memperhatikan relevansinya dengan manajer dan fungsi manajerial. Pada akhir 1960-an, para sarjana mulai mengeksplorasi perluasan pemasaran di luar aplikasi komersial untuk memenuhi kebutuhan organisasi nirlaba, lembaga pendidikan dan budaya, dan perencanaan program perubahan sosial (Kotler, 2005). Sepanjang evolusi disiplin pemasaran, antarmuka pemasaran dengan isu-isu

sosial telah menjadi perhatian; pemasaran juga sangat terlibat dengan gerakan konsumerisme (Bloom, P. N., & Gundlach, G. T. , 2001). Sejak 1980-an, sarjana pemasaran semakin terspesialisasi menurut minat, tingkat analisis, dan metode penelitian mereka. Pemasaran sosial telah berkembang menjadi subkelompok teridentifikasi yang berfokus pada isu-isu sosial bersama dengan kebijakan publik, etika pemasaran, pemasaran makro, ekonomi konsumen, dan kebijakan konsumen internasional (Wilkie, W. L., & Moore, E. S., 2003).

Selanjutnya evolusi pemasaran sosial muncul dari tantangan yang dihadapi praktisi kesehatan masyarakat dan perubahan sosial di seluruh dunia. Dalam banyak kasus, manajer kesehatan masyarakat dan program perubahan sosial berperan penting dalam mencari jawaban inovatif untuk masalah-masalah yang telah terjadi. Mereka juga mulai mengembangkan cara yang lebih efektif dan efisien untuk mengimplementasikan program kesehatan masyarakat dan kesejahteraan sosial berskala besar. Hal inilah yang kemudian menjadi permulaan berkembangnya pemasaran sosial dalam bidang Kesehatan masyarakat.

7.1.1 Awal Mula Berkembangnya Praktik Pemasaran Sosial

Phil Harvey memberikan narasi yang kaya menggambarkan bagaimana Peter King dan rekan-rekannya menanggapi keinginan pemerintah India untuk mengurangi pertumbuhan penduduk di India pada pertengahan 1960-an (ketika ada lebih dari dua belas juta kelahiran setiap tahun). Jelas bahwa dengan keterbatasan jumlah dokter dan klinik yang terkonsentrasi di daerah perkotaan, program apa pun yang dapat berhasil membujuk lebih dari 500 juta warga untuk menggunakan alat kontrasepsi harus melebihi jumlah praktik medis tradisional. Mengetahui bahwa pemerintah tidak memiliki keahlian untuk memengaruhi permintaan KB dan juga sistem distribusi untuk membuat produk KB (seperti kondom, alat kontrasepsi, dan pil KB) tersedia secara luas, King dan rekan-rekannya di Indian Institute of Management mengambil ide untuk

mempromosikan dan mendistribusikan produk keluarga berencana melalui jaringan komersial daripada jaringan medis (Harvey, 1999).

Pelopor lain dalam penerapan teknik pemasaran untuk masalah sosial di negara berkembang adalah Richard Manoff. Dalam bukunya yang luas *Pemasaran Sosial: Imperatif Baru untuk Kesehatan Masyarakat* (1985), dia menyatakan: "Pemasaran sosial lebih dari penelitian, desain produk dan distribusi, difusi informasi, atau formulasi dan implementasi strategi komunikasi. Ini mungkin termasuk pengenalan produk baru (misalnya, garam rehidrasi oral (ORT)), modifikasi yang sudah ada (misalnya, garam beryodium), membatasi konsumsi orang lain (misalnya, rokok, susu formula), dan promosi perubahan struktural dalam lembaga yang ada (misalnya kupon makanan, praktik rumah sakit).

Berbeda dengan pekerjaan pemasaran sosial yang dijelaskan oleh Harvey (1999), yang berpusat pada keluarga berencana, tulisan Manoff memiliki masalah kesehatan masyarakat yang jauh lebih beragam, termasuk kampanye antidiare, program nutrisi, kampanye imunisasi, produk suplemen makanan, dan meningkatkan prevalensi pemberian ASI. Pengalaman ini membuatnya berbicara tentang produk pemasaran sosial sebagai inovasi yang memecahkan masalah bagi konsumen atau "membutuhkan penerapan perilaku baru" (Manoff, 1985).

Manoff menghabiskan sedikit waktu untuk berfokus pada masalah penetapan harga dan distribusi produk. Sebaliknya, keyakinannya adalah bahwa "desain pesan adalah tugas utama pemasaran sosial. Ketika dieksekusi dengan tidak tepat, itu bisa menjadi kelemahan kritis pemasaran sosial" (Manoff, 1985). Fokus pada perpesanan, atau komunikasi ini, terus menjadi prinsip pengorganisasian untuk spesialis komunikasi perubahan perilaku di negara berkembang, serta untuk banyak kampanye pemasaran sosial di negara maju.

7.1.2 Evolusi Pemasaran Sosial di Negara Maju

Praktik pemasaran sosial berkembang dalam konteks negara maju yang diprakarsai oleh orang-orang akademik. Shaw dan Jones (2005) mengidentifikasi munculnya sekolah manajemen pemasaran di tahun 1950-an dan 1960-an sebagai tonggak peristiwa untuk disiplin pemasaran. Banyak dari konsep pemasar sosial yang sekarang dianut— orientasi konsumen, segmentasi audiens, bauran pemasaran—diperkenalkan dengan tujuan menjawab pertanyaan, terutama dari perspektif penjual, tentang bagaimana organisasi harus mengatur dan memasarkan produk dan layanannya (Shaw, E. H., & Jones, D.G.B., 2005).

Dalam hal inilah Kotler (2005) mengusulkan perluasan konsep pemasaran di luar bisnis komersial untuk memasukkan organisasi nirlaba. Pada tahun 1969, Lazer secara bersamaan mengusulkan penggunaan manajemen pemasaran untuk mencapai dampak sosial yang positif selain membantu memenuhi tujuan bisnis. Itu dengan latar belakang pergolakan sosial pada akhir 1960-an, minat yang baru lahir dalam masalah lingkungan (Hari Bumi pertama kali diamati pada tahun 1970), dan meningkatnya aktivisme konsumen Philip Kotler dan Gerald Zaltman (2005) mengusulkan dan mendefinisikan pendekatan pemasaran untuk perubahan sosial yang direncanakan: “Pemasaran sosial adalah desain, implementasi, dan pengendalian program yang dihitung untuk mempengaruhi penerimaan gagasan sosial dan melibatkan pertimbangan perencanaan produk, penetapan harga, komunikasi, distribusi, dan riset pemasaran.

Jika Anda memahami definisi Kotler dan Zaltman lebih detail bahwa telah terjadi pergeseran besar dalam penekanan dari penggunaan pemasaran sosial sebagai cara mempromosikan ide menjadi melihatnya sebagai metodologi. untuk mengubah perilaku. Salah satu alasan pergeseran ini terletak pada jenis masalah pemasaran sosial yang diterapkan di negara maju: pencegahan, deteksi, dan pengobatan penyakit kardiovaskular dan kanker.

Terutama di bidang pencegahan, mengembangkan pendekatan terukur untuk mendeteksi dan mengendalikan tekanan darah tinggi, kadar kolesterol darah tinggi, dan kanker payudara; mengurangi perilaku berisiko termasuk merokok dan makan makanan tinggi lemak dan berkalori tinggi; dan mendorong perilaku yang lebih sehat; aktivitas fisik waktu senggang mengarah pada solusi yang berfokus pada perubahan perilaku untuk meningkatkan status kesehatan.

7.2 Prinsip Pemasaran Sosial

Banyak konsep dalam pemasaran sosial berasal dari perspektif manajemen pemasaran; yaitu mereka membantu pengembang program untuk memahami teka-teki sosial dan merancang solusi untuk memecahkan teka-teki tersebut menggunakan ide-ide seperti pemindaian lingkungan, segmentasi, dan bauran pemasaran. Beberapa model pemasaran sosial yang dapat memandu pengembangan strategi dan program berfokus pada model integratif yang dimulai dengan pemahaman dan wawasan tentang nilai atau manfaat yang dirasakan berupa penggunaan produk dan akses layanan.

7.2.1 Karakteristik Pemasaran Sosial

Seperti yang kita pahami bersama bahwa pemasaran sosial telah didefinisikan dengan berbagai cara. Lebih lanjut bagaimana sasaran dapat dipengaruhi melalui upaya pemasaran sosial. Diskusi penting lainnya dalam literatur telah muncul ketika para praktisi dan peneliti telah bekerja untuk menyusun karakteristik pendekatan pemasaran sosial, terutama yang membedakannya dari metode lain untuk mencapai perilaku dan perubahan sosial. Tabel 7.2 mengilustrasikan beberapa rangkaian karakteristik yang diidentifikasi selama empat dekade terakhir.

Tabel 7.2. Karakteristik Pendekatan Pemasaran Sosial

Kotler & Zaltman (1971)	Lefebvre & Flora (1988)	Walsh, Rudd, Moeykens & Moloney (1993)	Donovan & Henley (2010)	French & Blair-Stevens (2010)
Pemindaian lingkungan	Berorientasi pada Konsumen	Perencanaan	Berorientasi pada konsumen	Berorientasi pada pelanggan
Menentukan perubahan yang dicari	Pertukaran Sukarela	Konsumen Analisis	Pertukaran	Tujuan berfokus pada perilaku
Segmentasi sasaran	Analisis dan Segmentasi Audiens	Analisis Pasar	Nilai Sasaran	Berbasis Teori
Penelitian Pemasaran	Riset Formatif	Analisis Saluran	Selektivitas dan Konsentrasi	Wawasan
Perencanaan produk	Analisis saluran	Bauran Pemasaran Strategi	Diferensial Keuntungan	Menunjukkan
Penetapan harga atau biaya	Bauran pemasaran	Komunikasi Penggunaan	Pasar Riset	Kompetisi
Promosi atau Komunikasi	Pelacakan Proses	Implementasi	Pendekatan terpadu untuk implementasi	Segmentasi
Tempat atau distribusi dan saluran tanggapan	Manajemen Pemasaran	Proses Evaluasi	Memantau dan Mempengaruhi Lingkungan	Metode atau bauran pemasaran

Kotler & Zaltman (1971)	Lefebvre & Flora (1988)	Walsh, Rudd, Moeykens & Moloney (1993)	Donovan & Henley (2010)	French & Blair-Stevens (2010)
Pemantauan Efektivitas Berkelanjutan		Hasil Evaluasi		

Sumber : (Lafebvre, 2013)

Beberapa karakteristik umum dari pendekatan pemasaran sosial muncul dari perbandingan ini. Karakteristik pemasaran sosial yang paling konsisten digambarkan berasal dari kerangka kerja dan pendekatan manajemen yang diidentifikasi oleh Wilkie dan Moore (2003) dan termasuk orientasi konsumen, pertukaran dan nilai pelanggan, analisis pasar dan segmentasi (juga disebut sebagai selektivitas dan konsentrasi), penggunaan bauran pemasaran untuk mengembangkan dan mengimplementasikan program (bauran ini mencakup produk , penetapan harga, tempat atau distribusi, dan promosi atau komunikasi secara kolektif disebut sebagai 4P), berbagai jenis riset pasar atau konsumen untuk menguji dan menyempurnakan penawaran, serta pemantauan dan evaluasi efektivitas.

Karakteristik lain yang sering ditemukan dalam program di mana penawaran produk dan layanan, dan bukan hanya perilaku, merupakan elemen penting dari bauran pemasaran mencakup antara lain :

1. Sebuah siklus hidup produk
2. Proses pengembangan produk baru
3. Manajemen distribusi fisik
4. Sistem informasi pemasaran
5. Audit pemasaran
6. Pendekatan dan gaya kreatif
7. Pemosisian produk

8. Strategi pembangkitan permintaan
9. Pengembangan dan manajemen merek

Sejak Lefebvre pertama kali membuka gagasan bahwa perilaku merupakan komponen penting dari penawaran pemasaran sosial, pandangan bahwa perubahan perilaku adalah kegiatan yang diperlukan pemasaran sosial telah diulangi oleh banyak komentator lainnya (French, J., Blair-Stevens, C., McVey, D., & Merritt, R., 2010). Namun perubahan perilaku jauh dari fitur pembeda pemasaran sosial lagi. Di era di mana banyak beban kesehatan terkait langsung dengan perilaku yang dilakukan orang, banyak agen perubahan lainnya juga mengklaim perubahan perilaku sebagai kriteria kesuksesan utama mereka (Crosby, R. A., Kegler, M. C., & DiClemente, R. J., 2009).

Tabel 7.2 juga menjelaskan bahwa beberapa ide pemasaran sosial muncul lebih jarang daripada yang lain, seperti memasukkan teori perilaku dan pandangan ke dalam rancangan program pemasaran sosial; sampai pada pemahaman tentang persaingan faktor-faktor pribadi, lingkungan, dan perusahaan yang bertindak bertentangan dengan pilihan dan tujuan perilaku yang diinginkan (bnd. Andreasen, 1995) dan kemudian menggunakan pemahaman tentang persaingan ini untuk menciptakan keuntungan yang berbeda dari pemasaran sosial memantau dan mempengaruhi lingkungan fisik dan sosial; dan mengembangkan sistem manajemen pemasaran di mana semua elemen sumber daya dan terkoordinasi (Lefebvre, 2013).

Beberapa orang menyederhanakan gagasan pemasaran sosial menjadi penggunaan prinsip dan praktik pemasaran komersial untuk perubahan perilaku guna mencapai tujuan nonkomersial (sosial). Namun ketika kita melihat lebih dekat pada bagaimana pemasaran sosial digunakan di banyak negara, kita menemukan bahwa pemasaran sosial difokuskan pada perilaku yang tampaknya sulit diselesaikan ditambah dengan banyaknya

masalah lain seperti keadaan ekonomi, sosial, politik, dan teknologi yang kompleks dengan sumber daya yang biasanya sangat terbatas. Dan tujuan pemerintah, LSM, dan kelompok lain yang berusaha mengubah masalah dan kondisi ini melampaui perubahan perilaku individu. Jika kita berasumsi bahwa tanggung jawab utama pemasaran adalah untuk memuaskan pemangku kepentingan yang berinvestasi dalam program ini, intinya bagi pemasaran sosial juga memenuhi keinginan masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat (Serrat, 2010).

7.2.2 Penerapan Pemasaran Sosial

Seperti yang saya catat sebelumnya, ketika Kotler dan Zaltman (2005) pertama kali memperkenalkan istilah pemasaran sosial ke dalam literatur, mereka mendefinisikannya sebagai penggunaan pemasaran untuk mempengaruhi penerimaan ide-ide sosial. Kemudian Lefebvre menulis tentang ide sosial untuk program kesehatan masyarakat, mereka berfokus pada keunikan pemasaran sosial sebagai cara untuk merumuskan dan menerapkan “program yang dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan konsumen, disusun untuk menjangkau audiens seluas mungkin. membutuhkan program, dan dengan demikian meningkatkan kemampuan organisasi untuk mempengaruhi perubahan populasi secara luas dalam perilaku berisiko yang ditargetkan” (Lefebvre, 2013).

Sejak saat itu, pemasaran sosial juga disarankan sebagai model untuk meningkatkan program yang efektif (Lefebvre, 2013), mereplikasi dan menyebarluaskan intervensi berbasis bukti (Dearing, J. W., Maibach, E. W., & Buller, D. B., 2006), mengembangkan solusi inovatif untuk masalah sosial (Lefebvre, 2013), dan menginformasikan dan mendukung pengembangan kebijakan (French, J., Merritt, R., & Reynolds, L., 2011).

Sementara pemasaran sosial berorientasi untuk mengatasi banyak masalah sosial. Sejumlah hambatan biasanya berdiri di

antara prosedur operasional organisasi saat ini dan mengadopsi pemasaran atau pendekatan yang berpusat pada konsumen. Hambatan yang harus dihadapi dan diatasi sebelum suatu organisasi dapat menerapkan pemasaran sosial.

Banyak kasus pemasaran sosial harus dipasarkan sebelum dapat dipraktekkan. Kita dapat memperdebatkan mengapa setelah empat puluh tahun kegiatan seperti itu masih harus dijamin, atau lebih menguntungkan, kita dapat memindai pasar internal kita dan menunjuk kelompok prioritas untuk menciptakan pendekatan yang menggunakan strategi dan alat pemasaran sosial untuk memfasilitasi penerapan perilaku baru. Marshall dkk. (2006) menyajikan kerangka pemikiran tentang bagaimana memasarkan pemasaran sosial ke tiga kelompok prioritas: (1) manajemen senior dan dewan kesehatan, (2) tokoh masyarakat, dan (3) advokat dan pejabat terpilih dan penyandang dana (Marshall, R. J., Bryant, C., Keller, H., & Fridinger, F., 2006).

Dalam memperdebatkan pergeseran dalam bagaimana organisasi sektor publik berfungsi, French (2011) membuat kasus yang meyakinkan untuk berpindah dari pendekatan yang didominasi oleh analisis kebijakan dan ahli konten untuk yang juga dipengaruhi oleh pemahaman yang mendalam tentang kelompok prioritas dan keyakinan, nilai, dan kemauan mereka untuk berpartisipasi dengan orang lain dalam menghasilkan solusi. Perspektif ini menggemakan panggilan sebelumnya oleh Sutton, Balch, dan Lefebvre (1995) untuk mengintegrasikan temuan ilmiah dengan pemahaman tentang realitas konsumen, daripada mengembangkan program hanya berdasarkan bukti ilmiah. Memiliki perpaduan antara ahli dan keterlibatan warga dalam mendefinisikan ruang lingkup teka-teki dan menghasilkan solusi untuk itu dapat membawa kita ke pendekatan kolaboratif dan demokratis yang menyeimbangkan hak dan tanggung jawab individu dengan kebutuhan sosial yang lebih luas. Menyediakan sarana untuk bergerak ke arah itu adalah inti dari buku ini.

7.2.3 Strategi Pemasaran Sosial

French dan Blair-Stevens (2010) membuat perbedaan antara pemasaran sosial operasional yang digunakan untuk mengembangkan kampanye atau program tertentu dan pemasaran sosial strategis yang digunakan untuk membentuk dan membuat pilihan kebijakan, menentukan hasil yang diinginkan, dan merancang strategi intervensi. Banyak tulisan, buku referensi dan sumber online tersedia untuk membantu orang mengembangkan kampanye pemasaran sosial operasional. Dalam buku ini saya akan berfokus terutama pada sisi strategis pemasaran sosial. Persiapan dan penyampaian program pemasaran sosial yang ditujukan untuk masalah sosial atau kesehatan masyarakat tertentu di antara kelompok prioritas tertentu merupakan peningkatan praktik bagi banyak kelompok (French, J., Blair-Stevens, C., McVey, D., & Merritt, R., 2010).

Dan jelas bahwa tidak ada strategi yang dibuat dengan baik yang akan mencapai tujuan yang diinginkan tanpa orang-orang yang berkualitas dan berbakat untuk merancang dan mengimplementasikan elemen-elemen program. Namun, kecuali program individu ini menghasilkan perubahan dalam prosedur operasional organisasi, pendekatan untuk pengembangan kebijakan, dan alokasi sumber daya untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dan kecuali mereka menciptakan perubahan yang adil dan berkelanjutan tidak hanya dalam perilaku tetapi juga dalam konteks sosial. Lingkungan, dan pasar yang menentukan dan mendukung mereka, mereka hanya berfungsi sebagai Band-Aids.

Buku ini mengulas perspektif luas tentang pemasaran sosial yang bergerak melampaui perubahan perilaku untuk memasukkan perubahan dalam organisasi, komunitas, keterlibatan publik, dan kesejahteraan. Bagian berikut dari bab ini membahas tiga model pemasaran sosial yang memberikan kerangka strategis seputar konsep dan teknik yang dapat mulai kita terapkan.

Pendidikan, Pemasaran, dan Hukum

Rothschild (1999) memandang pemasaran sebagai salah satu dari tiga perangkat strategis, bersama dengan pendidikan dan hukum, untuk pengelolaan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat dan masalah sosial. Menurut Rothschild, pendidikan melibatkan upaya di mana informasi dan persuasi ditawarkan untuk mempengaruhi perilaku. Hukum melibatkan praktik pemaksaan untuk mengubah perilaku dengan cara yang tidak disengaja, untuk memberikan ancaman atas ketidakpatuhan atau perilaku yang tidak pantas, atau untuk mengubah tempat pasar untuk menggunakan produk dan layanan yang sehat atau tidak sehat atau untuk terlibat dalam perilaku tertentu melalui subsidi harga (untuk mendorong lebih banyak mereka) atau pajak (untuk mengurangi mereka) (Rothschild, 1999).

Dia memandang pemasaran sebagai upaya untuk mengelola perilaku dengan menawarkan insentif dan konsekuensi dalam konteks di mana seseorang dapat secara sukarela memilih untuk berpartisipasi dalam pertukaran, bukan dipaksa untuk mematuhi. Dalam memikirkan tentang bagaimana orang bertindak dalam tiga skenario yang berbeda yaitu pendidikan, pemasaran, dan hukum. Rothschild menekankan pentingnya orang memahami kepentingan pribadi (yaitu, motivasi pribadi atau keuntungan pribadi) untuk terlibat dalam perilaku tertentu. Dia juga mencatat bahwa lingkungan di mana pemasaran sosial terjadi ditantang oleh adanya pilihan bebas, sikap apatis konsumen, kelambanan, dan persaingan-semuanya mempersulit pekerjaan pemasar. Artinya, orang memiliki banyak pilihan yang dapat mereka buat: mereka mungkin tidak tertarik dengan penawaran kita, mereka mungkin tidak memiliki keinginan intrinsik untuk berubah, atau mereka mungkin diserang oleh berbagai orang dan organisasi lain yang bersaing untuk mendapatkan perhatian dan energi mereka.

Hal inilah yang melatarbelakangi Rothschild (1999) mengusulkan model strategis untuk kesehatan masyarakat dan manajemen masalah sosial berdasarkan proses informasi model periklanan di mana motivasi, kesempatan, dan kemampuan (MOA) adalah konstruksi inti. Seperti yang ditunjukkan pada tabel 3, dia menggunakan pendekatan MOA untuk membuat delapan strategi perubahan perilaku yang bergantung pada apakah orang memiliki atau tidak memiliki motivasi untuk mengubah atau mengadopsi perilaku baru, apakah mereka memiliki peluang yang tersedia untuk terlibat dalam perilaku tersebut, dan apakah mereka memiliki kemampuan yang diperlukan untuk melakukan perilaku.

Tabel 7.3. Kerangka Konsep untuk Menggunakan Pendidikan, Pemasaran, dan Hukum untuk mengubah perilaku sosial dan Kesehatan.

MOTIVASI	Ya		Tidak	
PELUANG	Ya	Tidak	Ya	Tidak
KEMAMPUAN				
Ya	1. Rentan dan mudah untuk berperilaku baik (Pendidikan)	2. Tidak Bisa untuk berperilaku baik (Pemasaran)	3. Sulit untuk berperilaku baik (Hukum)	4. Sulit untuk berperilaku baik (Pemasaran dan Hukum)
Tidak	5. Tidak Bisa Berperilaku Baik (pendidikan, pemasara)	6. Tidak Bisa Berperilaku Baik (pendidikan , pemasaran)	7. Sulit untuk berperilaku baik (pendidikan, pemasaran, hukum)	8. Sulit untuk berperilaku baik (pendidikan , pemasaran, hukum)

Sumber : (Rothschild, 1999)

Kerangka konsep ini melahirkan tiga kesimpulan utama bahwasanya :

1. Motivasi akan sedikit meningkat melalui pendidikan dan secara moderat melalui upaya pemasaran. Hukum harus

digunakan ketika orang tidak dapat termotivasi untuk bertindak secara sukarela.

2. Peluang hanya dapat diciptakan melalui upaya pemasaran dan secara tidak langsung melalui upaya hukum.
3. Kemampuan dikembangkan melalui pendidikan dan dapat diperkuat dengan pemasaran. Pendekatan hukum akan menggagalkan orang yang tidak memiliki kemampuan atau kesempatan untuk menyesuaikan diri dengan perilaku yang diinginkan.

Rothschild (1999) juga mengakui bahwa faktor-faktor lain dapat mempengaruhi pilihan strategis mana yang harus dipilih berdasarkan pendidikan, pemasaran, atau hukum. Salah satu yang lebih penting dari faktor-faktor ini adalah persepsi kekuasaan. Dia menyatakan: "Jika manajer menganggap bahwa mereka memiliki kekuatan, mereka akan menggunakan kekuatan hukum atau pendidikan. Jika kekuatan seimbang antara masyarakat dan individu, atau berada pada individu, manajer perlu menawarkan pertukaran dan akan meminta penggunaan pemasaran". Posisi ini sangat kontras dengan kritik yang sering ditujukan pada pemasaran sosial yang "manipulatif". Apa yang Rothschild perjelas di sini adalah bahwa saat orang-orang menggunakan daya tarik persuasif dan solusi kebijakan, dinamika kekuasaan paling berperan. Pertukaran pemasaran, pada intinya, adalah salah satu persamaan.

Konsep pemasaran sosial lainnya, Rob Donovan (2010), memiliki sudut pandang yang berlawanan dan menyatakan bahwa hukum dan pendidikan berbeda dan terpisah dari pemasaran merugikan disiplin pemasaran. Dia merujuk ke praktik di sektor komersial, di mana pemasar produk baru, misalnya farmasi baru, sangat tertarik untuk mendidik calon penulis resep tentang nilai obat baru. Sepakat dengan apa yang Donovan kemukakan bahwa pendekatan pemasaran yang komprehensif dapat mengatasi

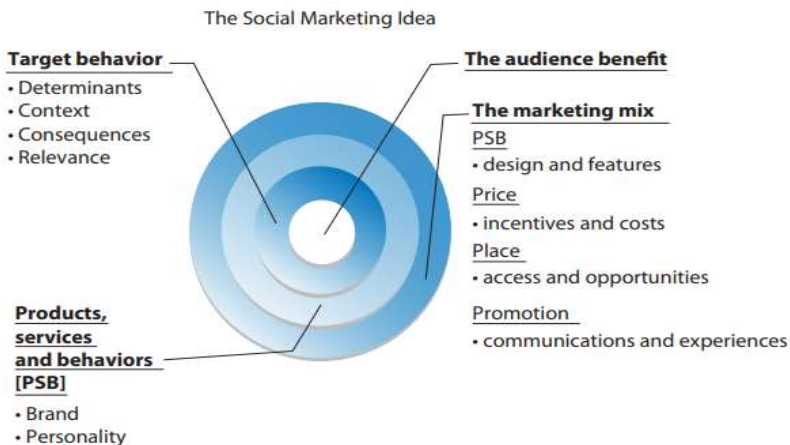
semua masalah ini dan mungkin juga masalah lainnya (Donovan, R., & Henley, N., 2010) . Poin ini juga mengacu pada bias perubahan individu dalam analisis Rothschild tentang sudut pandangnya adalah tentang seorang manajer yang berusaha mengubah perilaku orang untuk membantu mereka menyesuaikan diri dengan dunia tempat mereka tinggal. Terdapat banyak contoh di mana manajer dan pembuat kebijakan perlu hadir untuk membentuk dan mempengaruhi pasar atau lingkungan (yaitu, menciptakan peluang), sebuah proses yang sangat penting untuk upaya pengendalian tembakau, memastikan persediaan kondom dan kelambu yang memadai, mencegah obesitas pada masa kanak-kanak atau penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, dan melawan seksualisasi anak-anak.

Meskipun pendidikan dan hukum mungkin merupakan disiplin ilmu yang terpisah dari pemasaran, hal ini seharusnya tidak secara alami mengarah pada pengucilan mereka dari strategi pemasaran (kita tidak boleh mengatakan: “Oh, kita tidak dapat melakukan itu dalam program pemasaran sosial kita; itu adalah perubahan lingkungan [atau perubahan kebijakan]”). Untuk memaksimalkan keefektifan potensial strategi tersebut, pemasar harus berusaha untuk memiliki metode dan strategi sebanyak mungkin untuk memahami dan memengaruhi banyak faktor penentu perilaku manusia.

7.2.4 Merancang Program Pemasaran Sosial Terpadu

Pendekatan pemasaran sosial terpadu memiliki empat tugas yang saling terkait yang berputar di sekitar proposisi manfaat atau nilai yang teridentifikasi untuk segmen prioritas populasi. Tugas pertama adalah mengidentifikasi dan memahami dengan jelas kelompok prioritas yang ingin kita layani dengan sumber daya kita. Tugas kedua, yang ditunjukkan dalam gambar 4 adalah mengidentifikasi esensi dari apa yang diinginkan orang, manfaat atau nilai yang dapat mereka alami. Kami kemudian beralih untuk

memahami faktor penentu, konteks, konsekuensi, dan relevansi untuk perilaku saat ini yang mereka lakukan (atau produk atau layanan yang mereka gunakan), dan yang lebih penting, bagaimana ini dapat diubah untuk memfasilitasi perubahan yang diinginkan. Setelah memahami hal tersebut, kita kemudian dapat beralih ke tugas keempat menyesuaikan penawaran program untuk kelompok khusus yang responsif terhadap karakteristik unik mereka dan menawarkan perilaku, produk, atau layanan alternatif yang dapat bernilai atau bermanfaat bagi mereka.



Gambar 7.1. Model Integrasi Pemasaran Sosial
Sumber : (Lafebvre, 2013)

7.2.5 Bauran Pemasaran yang Diterapkan pada Perilaku, Produk, dan Layanan

Harus diakui bahwa pendekatan integratif cocok untuk pemasaran sosial dalam konteks pasar yang lebih besar. Pemasaran sosial di negara-negara berkembang digunakan untuk memenuhi kebutuhan mendesak untuk menyediakan produk dan layanan yang menyelamatkan jiwa dan diperlukan secara sosial

untuk mengurangi ukuran keluarga, meningkatkan kelangsungan hidup ibu dan anak, serta mencegah dan mengobati penyakit menular. Di negara maju, di mana pasar telah menyediakan banyak produk dan layanan penting dan di mana penyakit tidak menular telah menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas, pemasaran sosial lebih bertujuan untuk mengubah perilaku berisiko terhadap penyakit. Di negara-negara berkembang telah jelas bahwa produk dan layanan (seperti kondom untuk pencegahan HIV dan kelambu untuk pengendalian malaria) mungkin diperlukan namun kondisinya tidak cukup untuk meningkatkan kesehatan. Yang penting adalah bahwa orang memiliki akses ke dan menggunakan produk dan layanan ini (keluarga berencana, pusat konseling dan tes HIV, klinik prenatal, dan sebagainya) dengan cara yang mengubah perilaku dan memengaruhi morbiditas dan mortalitas.

Sebaliknya, negara maju memiliki sektor swasta yang lebih maju dalam merespon kebutuhan masyarakat, pemerintah mereka mendukung lebih banyak upaya perawatan kesehatan dan layanan kesehatan dasar, serta lebih banyak orang mampu membeli produk dan layanan yang mereka butuhkan. Akibatnya, pemasar sosial di negara-negara ini kurang memperhatikan bagaimana produk dan layanan dapat meningkatkan program perubahan perilaku mereka (*Community Preventive Services Task Force*, 2010). Namun pada setiap situasi, tugas seorang pemasar sosial adalah mampu mengidentifikasi celah yang terdapat dalam pasar dan menyusun penawaran baru yang dibentuk dalam **Konsep 4P** yang dapat meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan lingkungan.

Gagasan bauran pemasaran, atau Konsep 4P: *product* (produk), *price* (harga), *place* (tempat), dan *promotion* (promosi). Berikut pembahasan bagaimana pemasar sosial dapat menerapkan setiap elemen ini saat mereka menentukan perilaku, produk, dan layanan yang akan ditawarkan program mereka.



Gambar 7.2. Konsep Bauran Pemasaran 4P
Sumber : (McCarthy,1968 dalam Lafebvre, 2013)

1. Produk

Saat memikirkan tentang produk dalam kaitannya dengan bauran pemasaran, kita harus mempertimbangkan perilaku, produk, dan layanan sebagai penawaran yang dipilih dan disesuaikan untuk melayani orang-orang dalam kelompok prioritas kita dengan sebaik-baiknya. Misalnya, program pemasaran sosial untuk berhenti merokok dapat mencakup kampanye media massa yang berfokus pada seruan persuasif untuk mengubah perilaku, *hotline* dan kelas berhenti merokok (layanan), dan permen karet pengganti nikotin (produk). Peneliti mungkin tertarik pada penawaran mana yang lebih efektif daripada yang lain; pemasar sosial berada dalam dilema ketika diperhadapkan pada beragam jenis perilaku (melakukan

upaya berhenti merokok melalui kontes berhenti merokok komunitas, bersikap dingin, atau mencoba rencana penghentian bertahap, misalnya), produk, dan layanan akan memenuhi kebutuhan setiap kelompok prioritas dan meningkatkan tingkat berhenti gabungan anggota grup.

Sehingga nantinya kita dapat melihat apakah penawaran itu adalah perilaku yang dilakukan atau diadopsi atau produk maupun layanan yang mendukung atau memungkinkan perubahan perilaku, ide branding, relevansi, dan pemosisian ikut berperan (Evans, W. D., & Hastings, G., 2008). Secara eksplisit di sini adalah kebutuhan untuk memahami persaingan, apakah itu berupa organisasi, minat, dan program atau perilaku bersaing (pilihan untuk melakukan satu hal atau lainnya). Branding bukanlah logo, lagu tema, dan slogan organisasi atau agensi, kampanye, atau program; itulah arti perilaku, program, dan sponsor bagi kelompok orang yang diprioritaskan. Contohnya adalah Rare, sebuah LSM internasional dengan program konservasi spesies yang menggunakan spesies lokal yang terancam punah untuk tujuan pencitraan dan komunikasi guna memanfaatkan kebanggaan nasional yang mendukung perilaku dan tujuan konservasi (Boss, The cultural touch, 2008).

Untuk alasan yang dijelaskan di awal pembahasan bauran pemasaran ini, terlalu banyak pemasar sosial di negara maju yang membatasi pemikiran dan tindakan mereka pada perubahan perilaku sebagai satu-satunya penawaran produk mereka. Semua pemasar sosial perlu merangkul, sebagai bagian dari kompetensi inti mereka, pengembangan dan pemasaran produk dan layanan yang mengarah pada atau mendukung perubahan perilaku. Produk dan layanan ini mungkin tidak dikembangkan oleh organisasi pemasaran sosial biasa melainkan oleh pengusaha sosial dan oleh perusahaan swasta, lembaga publik, atau LSM. Penerapan prinsip-prinsip pemasaran dapat memposisikan dan memasarkan nilai pribadi

dan manfaat sosial dari produk dan layanan ini kepada kelompok prioritas, mengintegrasikannya ke dalam program yang memperkuat pilihan dan lingkungan yang lebih sehat, dan mengembangkan strategi untuk memfasilitasi akses dan peluang yang sama untuk menggunakannya.

2. Harga

Pemasaran sosial telah mengambil gagasan tentang harga di luar uang untuk memasukkan penghargaan dan hukuman psikologis, sosial, geografis, dan lainnya untuk perilaku sehari-hari (Lefebvre, 2013). Ekonom dan pemasar memandang harga tidak hanya sebagai biaya tetapi juga sebagai peluang insentif. Berikut adalah contoh sederhana: seorang wanita di pedesaan tidak mungkin membawa anaknya yang sakit ke klinik kesehatan, bahkan jika biaya layanannya kecil, jika dia membutuhkan waktu lima jam untuk berjalan ke sana dan lima jam lagi untuk pulang (biaya fisik dan waktu), merampok sepuluh jam atau lebih yang bisa dia habiskan untuk bekerja dan mendapatkan upah (biaya peluang), dan risiko keterasingan sosial yang mungkin terjadi jika anaknya diketahui positif HIV (biaya sosial). Fokus eksklusif hanya pada biaya moneter membatasi pengembangan program sebanyak fokus hanya pada hambatan psikologis, sosial, atau fisik.

Pandangan inklusif tentang biaya yang dihadapi orang memberikan wawasan untuk menyelaraskan kembali insentif dan biaya untuk produk, layanan, dan perilaku dengan cara yang akan beresonansi dengan orang dan menghasilkan hasil yang lebih baik. Penyesuaian ini berarti lebih dari membujuk orang untuk menggunakan serangkaian variabel dan bobot baru dalam perhitungan pribadi mereka tentang risiko dan manfaat dari bertindak dengan cara tertentu. Penataan kembali juga berarti menyesuaikan lingkungan, kebijakan, dan pasar bila memungkinkan untuk mengalihkan kekuasaan kepada individu,

memberikan setiap orang kebebasan untuk memilih dan menggunakan hak asasi manusia. Kita perlu mulai bertanya pada diri sendiri pertanyaan-pertanyaan seperti ini: Dari mana asal ketidaksetaraan dalam status kesehatan? Apakah peningkatan pendapatan merupakan prasyarat untuk peningkatan kesehatan di masyarakat miskin? Bagaimana kita memfasilitasi membuat pasar bekerja untuk orang miskin dan pemasaran untuk perubahan sosial harus berkembang melampaui pilihan individu ke pasar dan masyarakat dan bagaimana mereka membentuk harga yang dihadapi orang dan pilihan yang tersedia untuk berbagai kelompok orang.

3. Tempat

Kurangnya akses ke produk dan layanan yang mempromosikan kesehatan dapat menciptakan kesenjangan yang besar antara keinginan untuk terlibat dalam gaya hidup yang lebih sehat dan mampu melakukannya (bagaimana kita menempatkan perilaku sehat dalam jangkauan keinginan?). Menemukan mesin penjual kondom di bar dan klub malam; menciptakan layanan konseling dan tes HIV sukarela yang bergerak; menyediakan lokasi satu atap untuk mengajukan berbagai manfaat kesejahteraan masyarakat; dan membatasi penjualan produk tembakau dan alkohol ke jenis toko tertentu adalah contoh variabel tempat yang dapat dimasukkan oleh program pemasaran sosial ke dalam implementasinya. Sama pentingnya adalah menciptakan akses dan peluang untuk melakukan alternatif perilaku yang lebih sehat atau tidak melakukan perilaku yang tidak sehat. Peraturan tentang area bebas asap terutama dalam ruangan tertutup dengan jelas membahas tentang upaya untuk menjaga kebersihan udara.

Sebagaimana yang telah disebutkan dalam contoh-contoh tersebut bahwa peran dan fungsi tempat, seperti unsur-unsur bauran pemasaran lainnya, tidak berperan secara

independen dari unsur-unsur lainnya. Seperti yang diilustrasikan oleh contoh sebelumnya, sifat produk atau layanan dapat memengaruhi tempat (apakah akan ada satu atau beberapa lokasi untuk layanan, misalnya), dan tempat juga akan memengaruhi harga (biaya yang dikeluarkan untuk mengakses tempat). Kami juga dapat menaikkan harga penggunaan produk tembakau dan alkohol dengan membatasi distribusinya pada waktu dan tempat tertentu. Itulah sebabnya pendekatan ini disebut bauran pemasaran; menyatukan setiap bagian mengubah bagian lainnya juga.

Meskipun jarang dipandang sebagai masalah pemasaran sosial, peran tempat, atau distribusi, menjadi pusat perhatian atas ketidaksetaraan status kesehatan dan keadilan sosial. Sementara akses ke layanan perawatan kesehatan dan makanan dan produk sehat langsung terlintas dalam pikiran ketika kita berpikir tentang ketidaksetaraan distribusi, Viswanath dan Kreuter berpendapat bahwa ketidaksetaraan komunikasi (akses ke informasi kesehatan, misalnya) di antara kelompok sosial mungkin menjadi penentu mendasar dari banyak masalah sosial dan Kesehatan (Viswanath, 2006). Mereka mencatat bahwa ketidaksetaraan komunikasi bertindak sebagai pencegah yang signifikan untuk memperoleh dan memproses informasi; untuk memberikan informasi untuk membuat keputusan terkait pencegahan, perawatan, dan penyintas; dan untuk membangun hubungan dengan penyedia yang semuanya memengaruhi hasil pencegahan dan pengobatan. Implikasi dari pekerjaan ini dalam ketidaksetaraan komunikasi adalah bahwa agen perubahan harus sangat memperhatikan tempat ketika mereka mempertimbangkan elemen promosi dari bauran pemasaran. Pesan dan taktik komunikasi dapat meningkatkan kesenjangan yang ada dalam pengetahuan, kesehatan, dan kesejahteraan di antara kelompok populasi daripada menguranginya jika pertimbangan yang cermat tidak diberikan untuk

berkomunikasi dengan cara yang dapat diakses, dipahami, dan dilakukan.

4. Promosi

Banyak program yang telah diulas dalam berbagai referensi yang merupakan upaya pemasaran sosial dalam bentuk komunikasi massa. Kebanyakan orang mengasosiasikan kampanye iklan dengan pemasaran, dan ada juga kebingungan antara pemasaran dan “menjual” sesuatu atau “membujuk” orang untuk bertindak dengan cara tertentu. atau menggunakan produk tertentu. Pemasaran yang efektif sebenarnya dicapai melalui proses penciptaan nilai bersama (situasi win-win) atau semacam pertukaran. Berbeda dengan banyak kampanye untuk perubahan perilaku, promosi dalam bauran pemasaran perlu berkonsentrasi pada cara mengomunikasikan proposisi nilai penawaran program, harganya, dan aksesibilitasnya (tempat). kepada audiens prioritas dengan cara yang menarik perhatian mereka, menginspirasi mereka untuk bertindak, dan memfasilitasi mereka mencoba produk, layanan, dan perilaku yang ditawarkan.

Mengkomunikasikan perilaku, produk, dan layanan; insentif; dan peluang untuk kelompok prioritas menjadi lebih rumit dengan adanya revolusi budaya dan teknologi saat ini dalam komunikasi, termasuk meningkatnya penggunaan media sosial dan seluler serta situs web interaktif. Perubahan dan konsekuensinya terhadap perilaku konsumen telah mengarah pada kesadaran bahwa model komunikasi modern yang mencakup penggunaan jejaring sosial dan pola komunikasi timbal balik yang dinamis perlu membongkar pemikiran dan aktivitas kita (Lefebvre, 2007). Pengakuan baru ini juga memaksa kita untuk berpikir tentang cara untuk mengelilingi orang-orang dengan program dan pesan kita dan memberi mereka banyak peluang untuk terpapar pada perilaku, produk,

layanan, dan komunikasi yang dapat menyebabkan perubahan perilaku (Lefebvre, 2013).

Komunikasi juga penting bagi setiap organisasi yang terlibat dalam perubahan sosial untuk mengembangkan dan menyusun dukungan bagi inisiatif kebijakan publik di antara pembuat kebijakan, media, pembuat opini, dan masyarakat umum. Inisiatif kebijakan publik ini dapat mengatur agenda untuk menawarkan produk dan layanan baru atau yang diperluas atau dapat mengubah cara perilaku tidak sehat telah didukung dan perilaku sehat menjadi sulit untuk dipraktikkan. Advokasi media dan pemasaran sosial keduanya berfokus pada tujuan perubahan populasi yang luas yang mengubah konteks sosial, lingkungan, atau pasar di mana perilaku terjadi yang memiliki tujuan seperti mengubah sikap terhadap orang dengan penyakit mental, memprakarsai program daur ulang, atau memberlakukan peraturan perlindungan keuangan konsumen. Promosi dalam pemasaran sosial lebih dari hubungan masyarakat, periklanan, dan komunikasi persuasif; itu juga dapat digunakan untuk menetapkan agenda publik dan kebijakan di masyarakat atau di seluruh negara untuk membangun dukungan bagi perubahan sistemik.

7.3 Etika Pemasaran Sosial

Pandangan menyeluruh tentang pemasaran sosial yang bertujuan untuk mengubah perilaku orang, komunitas dan norma sosial, kebijakan publik dan pasar menimbulkan pertanyaan tentang panduan apa yang ada untuk menjaga pemasar sosial dan agen perubahan sosial agar tidak tersesat ke medan atau area berbahaya di mana mereka seharusnya tidak melakukan hal-hal yang dapat menimbulkan kerusakan atau cedera yang disengaja atau tidak disengaja pada orang, komunitas, atau masyarakat. Pertanyaan yang dihadapi banyak pemasar sosial selama bertahun-tahun adalah masalah etika.

Etika terjalin ke dalam hampir setiap keputusan yang dibuat oleh pemasar sosial atau agen perubahan sosial lainnya, mulai dari menentukan apakah ada masalah (seperti yang dirasakan oleh siapa?) hingga menjawab pertanyaan seperti ini: Siapa yang menentukan manfaat sosial itu? Kelompok atau organisasi apa yang menjadi pendorong dan pendukung utama kita (keuangan atau lainnya)? Mengapa kita menggunakan teori perubahan tertentu daripada yang lain (apakah kita, misalnya, memulai dari premis pemasaran mikro “menyalahkan korban”)? Perilaku apa yang harus diubah atau ditawarkan sebagai alternatif? Haruskah kita langsung menghadapi pesaing (seperti kelompok dengan oposisi agama terhadap praktik tertentu atau kelompok yang menentang fluoridasi atau vaksinasi anak)? Haruskah kita fokus pada kelompok prioritas dan, jika demikian, yang mana (dan dapatkah kita menstigmatisasi atau melemahkan kelompok dalam prosesnya)? Bagaimana seharusnya penawaran diposisikan (dan apakah proposisi nilai atau manfaat benar)? Desain apa yang harus kita miliki untuk bauran dan taktik pemasaran (haruskah kita, misalnya, fokus pada kampanye komunikasi dengan mengetahui bahwa akses yang memadai ke produk atau layanan yang dipromosikan tidak tersedia untuk kelompok orang tertentu)? Bagaimana seharusnya kita melakukan kegiatan penelitian dan evaluasi kita (apakah privasi dilindungi, misalnya)? Apakah kita berkontribusi terhadap peningkatan ketidaksetaraan (misalnya, akses ke produk dan layanan, informasi, perilaku berisiko, atau penyakit atau kematian akibat penyebab tertentu)? Organisasi mana yang harus kita ajak berkolaborasi atau bermitra (akankah kita menghindari alkohol, minyak besar, senjata api, dan perusahaan tembakau sebagai permulaan)? Mungkinkah program kita melanggar hak atau merusak kredibilitas pemangku kepentingan? Apakah kita menjadi pelayan yang dapat dipercaya atas niat baik publik (dan dalam banyak kasus uang publik)? Sudahkah kita memikirkan dengan hati-hati untuk mencegah atau

mengurangi konsekuensi negatif atau tidak disengaja yang dapat diperkirakan dari program kita? Apakah kita menghormati hak, martabat, dan kapasitas rakyat untuk menentukan nasib sendiri dengan memastikan bahwa kita tidak memproyeksikan “imperialisme moral”, memaksakan tirani mayoritas atau bias dan prasangka dari kelompok terpilih atau tidak terpilih tertentu, memanfaatkan perbedaan kekuasaan, atau menggunakan propaganda atau manipulasi langsung? (Truss, A., & White, P. , 2010).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan agar konsep dan teknik pemasaran yang dilakukan tidak melanggar aturan dan nilai etis dalam setiap waktu dan tempat sebagai berikut:

1. Tidak menyakiti orang lain (secara fisik, psikologis, atau sosial).
2. Perlakukan semua orang dengan adil dan setara.
3. Jujur dan transparan.
4. Lindungi privasi orang.
5. Hindari stereotip dan kambing hitam.
6. Menghormati martabat dan kebebasan orang lain.
7. Gunakan bukti berbasis penelitian untuk membuat keputusan jika memungkinkan.
8. Mencari konsensus tentang tujuan, sasaran, dan strategi program dari pihak-pihak yang terlibat dan pemangku kepentingan.
9. Berlaku inklusif selama fase desain program.
10. Lakukan tinjauan etis terhadap program sebelum diluncurkan, sebaiknya dengan perwakilan eksternal dari komunitas atau kelompok sebaya.

Terdapat banyak pertanyaan berkaitan dengan etis yang perlu untuk dipertimbangkan dalam pemasaran sosial. Namun, penting untuk merenungkan pertanyaan-pertanyaan ini setiap kali kita hendak menyusun sebuah rencana bauran pemasaran.

Perubahan sosial selalu melibatkan atau mempengaruhi orang-orang yang sering tidak setuju di antara mereka sendiri dan yang memiliki keadaan dan cara pandang hidup yang berbeda. Perdebatan yang akan selalu melibatkan pemasar sosial dan agen perubahan adalah siapa mendapatkan apa, kapan dan bagaimana? Seringkali pemasar sosial menemukan diri mereka di persimpangan, atau zona tabrakan, di mana hak individu dan barang sosial dibingkai, diperdebatkan, dan diperebutkan dengan penuh semangat ketika keputusan dibuat tentang bagaimana mengejar tindakan kolektif untuk kebaikan kolektif dan bagaimana menjawab pertanyaan apa, kapan, , dan bagaimana pertanyaan (Lafebvre, 2013). Kita perlu waspada agar keputusan politik ini tidak mengalahkan keputusan etis.

DAFTAR PUSTAKA

- Bloom, P. N., & Gundlach, G. T. . 2001. *Handbook of marketing and society*. CA: SAGE.
- Boehm, A. 2009. Applying social marketing in the development of a volunteer program. *Social Marketing Quarterly*, 15:67–84.
- Boss, S. 2008. The cultural touch. *Stanford Social Innovation Review* , 75–79.
- Dearing, J. W., Maibach, E. W., & Buller, D. B. 2006. A convergent diffusion and social marketing approach for disseminating proven approaches to physical activity promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 31:S11–S23.
- Donovan, R., & Henley, N. 2010. *Principles and practice of social marketing: An international perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Edgar, T., Boyd, S. D., & Palamé, M. J. 2009. Sustainability for behaviour change in the fight against antibiotic resistance: A social marketing framework. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 63(2):230–237.
- Evans, W. D., & Hastings, G. 2008. *Public health branding: Applying marketing for social change*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Evans, W. D., & McCormack, L. 2008. Applying social marketing in health care: Communicating evidence to change consumer behavior. *Medical Decision Making*, 28:781–792.
- French, J. 2009. The nature, development and contribution of social marketing to public health practice since 2004 in England. *erspectives in Public Health*, 129:262–267.

- French, J., Blair-Stevens, C., McVey, D., & Merritt, R. . 2010. *Social marketing and public health: Theory and practice*. . Oxford, UK : Oxford University Press.
- French, J., Merritt, R., & Reynolds, L. . 2011. *Social marketing casebook*. London: SAGE.
- Grier, S., & Bryant, C. A. 2005. Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*, 26:319–339.
- Guion, D. T., Scammon, D. L., & Borders, A. L. 2007. Weathering the storm: A social marketing perspective on disaster preparedness and response with lessons from Hurricane Katrina. *Journal of Public Policy & Marketing*, 26(1):20–32.
- Harvey, P. D. 1999. *Let every child be wanted: How social marketing is revolutionizing contraceptive use around the world*. . Westport, CT: Auburn House.
- Homel, P., & Carroll, T. 2009. Moving knowledge into action: Applying social marketing principles to crime prevention. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, No. 381.
- Institute, W. 2010. *State of the world: Transforming culture: From consumerism to sustainability*. New York: W. W. Norton.
- Jenkins, M. W., & Scott, B. 2007. Behavioral indicators of household decision-making and demand for sanitation and potential gains from social marketing in Ghana. *Social Science in Medicine*, 64:2427–2442.
- Jenks, B., Vaughan, P. W., & Butler, P. J. 2010. The evolution of Rare Pride: Using evaluation to drive adaptive management in a biodiversity conservation organization. *Evaluation and Program Planning*, 33:186–190.

- Kotler, P. 2005. The role played by the broadening of marketing movement in the history of marketing thought. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24:114–116.
- Lafebvre, R. 2013. *Social Marketing and Social Change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maibach, E. W. 2003. Recreating communities to support active living: A new role for social. *American Journal of Health Promotion*, 18:114–119.
- Manoff, R. K. 1985. *Social marketing: New imperatives for public health*. New York: Praeger.
- Marshall, R. J., Bryant, C., Keller, H., & Fridinger, F. 2006. Marketing social marketing: Getting inside those “big dogs’ heads” and other challenges. *Health Promotion Practice*. 7:206–212.
- Mintz, E., Bartram, J., Lochery, P., & Wegelin, M. 2001. Not just a drop in the bucket: Expanding access to point-of-use water treatment systems. *American Journal of Public Health*, 91:1565–1570.
- Rothschild, M. L. 1999. Carrots, sticks and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. . *Journal of Marketing* , 63:24–37.
- Schwandt, T. 1993. *Theory For The Moral Sciences: Crisis of Identity and Purpose*. New York: Columbia University.
- Schwandt, T. T. 2007. *Dictionary of Qualitative Inquiry*. California: Sage.
- Serrat, O. 2010. *The future of social marketing*. Manila: Asian Development Bank.
- Shaw, E. H., & Jones, D.G.B. 2005. The history of schools of marketing thought. *Marketing Theory* , 5:239–281.
- Smith, W. A. 2006. Social marketing: An overview of approach and effects. *Injury Prevention*, 12(Suppl. 1):i38–i43.

- Taskforce, P. H. 2009, Juli 20. *National Preventative Health Strategy (Australia)*. Retrieved from <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/404ref.htm>
- Truss, A., & White, P. . 2010. *Ethical issues in social marketing*. In J. French, C. Blair-Stevens, D. McVey, & R. Merritt (Eds.), *Social marketing and public health: Theory and practice*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 139–149.
- Viswanath, K. 2006. *Public communication and its role in reducing and eliminating health (2006)*. *Public communication and its role in reducing and eliminating health disparities research plan of the National Institutes of Health: Unfinished business*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Wilkie, W. L., & Moore, E. S. 2003. Scholarly research in marketing: Exploring the “4 eras” of thought development. . *Journal of Public Policy & Marketing* , 22(2):116–146.
- Williams, J. D., & Kumanyika, S. K. 2003. Is social marketing an effective tool to reduce health disparities? *Social Marketing Quarterly*, 8:14–31.

BAB 8

PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Oleh Lukman Waris

8.1 Pendahuluan

Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan empat metode pendekatan yaitu pendekatan administrasi atau pelayanan, pendekatan pelayanan kesehatan primer, pendekatan dengan peraturan perundang-undangan dan pendekatan pendidikan kesehatan (Fetters, 2013).

Pendekatan pertama sampai dengan ketiga adalah pendekatan dengan lebih kearah promosi kesehatan. Ke-tiga pendekatan ini adalah pendekatan kebijakan yang diambil oleh pemerintah atas pertimbangan kepentingan untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat Promosi kesehatan salah satu pendekatan yang dilakukan dalam kesehatan masyarakat.

Sebagaimana defenisi kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk melakukan pencegahan kesehatan, memperpanjang usia hidup dan promosi kesehatan melalui upaya organisasi masyarakat (Winslow, 1920). *he American Heritage Dictionary of Public Health*. Watkins (2000) mendefenisi kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan suatu komunitas melalui tindakan pencegahan, pendidikan kesehatan, pengendalian penyakit menular, perbaikan sanitasi dan monitoring terhadap bahaya lingkungan.

Dari kedua defenisi kesehatan masyarakat tersebut memperkuat pemahaman bahwa promosi kesehatan merupakan

model pendekatan dalam kesehatan masyarakat dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan masyarakat.

Upaya yang dilakukan dalam kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut maka didukung oleh aktivitas utama yaitu pencegahan penyakit serta penyebarannya, proteksi terhadap bahaya lingkungan, penanggulangan bencana serta pemulihan terhadap komunitas, pencegahan terjadinya kecelakaan, promosi perilaku hidup sehat dan jaminan kualitas pelayanan, akses serta pertanggungjawaban terhadap pelayanan kesehatan, pemantauan status kesehatan populasi, riset terhadap kelompok berisiko tinggi dan kebutuhan pelayanan kesehatan, riset untuk pengembangan, ide, dan inovasi untuk solusi dan perencanaan serta kebijakan kesehatan (Sharma, 2021).

Perubahan transisi epidemiologi penyakit di Indonesia telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Pergeseran trend ke penyakit tidak menular bukan berarti persoalan penyakit menular sudah teratasi. Transisi epidemiologi penyakit justru menimbulkan beban ganda persoalan kesehatan di Indonesia yang di sebut *triple burden of diseases*. *Triple burden of diseases* adalah persoalan kesehatan dimana penyakit menular (*communicable diseases*) belum sepenuhnya terkontrol, prevalensi penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*) serta kecelakaan (*injury*) semakin meningkat, penyakit baru banyak yang bermunculan (*new-emerging diseases*) dan penyakit lama (*re-emerging disease*) muncul kembali (Mboi, 2019)

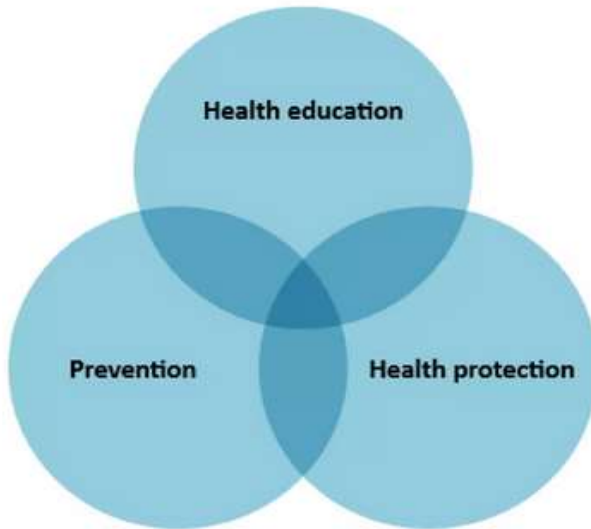
Persoalan utama yang terjadi pada transisi epidemiologi ini yang berkaitan dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular adalah perilaku yang tidak sehat. Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar nasional (Riskesdas) 2018, prevalensi perilaku merokok sebesar 29,3% meningkat dari 28,3% saat Riskesdas 2013. Demikian juga perilaku kurang aktivitas fisik sebesar 33,5%

meningkat dari 26,1% saat Riskesdas 2013, perilaku mengkonsumsi alkohol 0,8%, perilaku kurang makan buah dan sayur 95,5%. Perilaku tidak sehat berdampak pada tingginya obesitas (31%) yang kemudian menjadi faktor risiko tingginya prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia (Riskesdas, 2018).

Perilaku tidak sehat berkaitan erat dengan keberhasilan program promosi kesehatan. Keberhasilan program promosi kesehatan berhubungan erat pada meningkatnya perilaku hidup sehat yang akhirnya berdampak pada rendahnya prevalensi penyakit menular.

8.2 Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Pendidikan dan promosi kesehatan adalah dua kegiatan yang selalu terkait dan bergandengan karena berkaitan dengan perubahan perilaku, namun sesungguhnya kedua kegiatan tersebut mempunyai perbedaan yang mendasar (Gilmore, 2011). Pendidikan kesehatan adalah proses transfer materi kesehatan dari seorang tenaga kesehatan (promotor kesehatan) kepada masyarakat. Proses transfer berlangsung secara dinamis agar terjadi perubahan perilaku (Nurmala, 2018). Sementara promosi kesehatan adalah kegiatan yang bukan hanya sekedar mengubah perilaku masyarakat tetapi sekaligus juga mengubah lingkungan yang mempengaruhi perilaku masyarakat (WHO, 1984). Pendidikan kesehatan adalah bagian dari promosi kesehatan. Hubungan antara pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan sebagaimana pada gambar 9.1.



Gambar 8.1. Model hubungan dari pendidikan dan promosi kesehatan. (Sumber : <https://www.qub.ac.uk/elearning/public/HealthyEating/HealthPromotion/>)

8.2.1 Pendidikan Kesehatan

1. Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Perilaku yang tidak sehat adalah perilaku baik yang jangka pendek maupun jangka panjang berisiko penyebab terjadinya penyakit akut maupun kronis. Jangka pendek misalnya perilaku buang air besar (BAB) di sembarang tempat berisiko menderita penyakit menular misalnya diare. Termasuk diantaranya tidak menjaga higiene personal, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan atau sesudah cebok.

Jangka panjang umumnya berkaitan dengan penyakit kronis. Misalnya perilaku merokok, gaya hidup sedentari

(kurang aktivitas fisik), mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, dan alkohol. Perilaku yang kemudian menjadi kebiasaan dan gaya hidup akan memberikan risiko besar terhadap terjadinya penyakit kronis diantaranya sindrom metabolik. Kebiasaan merokok selain berdampak terhadap risiko menderita penyakit pernapasan juga dapat menurunkan efektivitas insulin sebagai penyebab terjadinya hiperglikemik yang jangka panjang menyebabkan terjadinya diabetes melitus (Nutbeam, D., 2000).

2. Mengubah perilaku

Mengubah perilaku manusia yang tidak sehat menjadi perilaku sehat dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan. Perubahan perilaku ini karena pada dasarnya kebiasaan manusia sangat dinamis yang masih dapat berubah. Perilaku dalam kehidupan sehari-hari sangat dipengaruhi oleh apa yang diyakini, diketahui, dilihat dan dirasakan, dengan demikian maka pendidikan kesehatan sangat dibutuhkan dan menjadi dasar dalam ilmu kesehatan masyarakat untuk membuat masyarakat menjadi berperilaku sehat dan tetap sehat baik jasmani, rohani dan ekonomi.

Beberapa alasan sehingga pendidikan kesehatan dianggap penting dalam kesehatan masyarakat yaitu sangat vital untuk melakukan tindakan terhadap kejadian penyakit baik akut maupun kronis, suatu cara yang dapat dilakukan oleh tenaga promotor kesehatan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat dan masyarakat yang mengetahui ilmu kesehatan dan manfaatnya sehingga dapat dilakukan dengan kesadaran sendiri (Minker, M, 1989).

3. Prinsip dan konsep pendidikan kesehatan

Prinsip dan konsep pendidikan kesehatan adalah proses pembelajaran dengan memberikan pengetahuan dasar kepada masyarakat sehingga masyarakat dapat menginterpretasikan secara baik pesan-pesan kesehatan dan sekaligus

mempraktekkan dalam berperilaku sehat sehari-hari. Substansi materi pendidikan kesehatan diantaranya adalah promosi kesehatan dan cara pencegahan penyakit, manajemen dan diagnosis dini serta pemanfaatan pelayanan kesehatan (Dlanz, K., 2008).

Target dari pendidikan kesehatan adalah memberikan informasi kesehatan, memberikan motivasi dan membimbing masyarakat. Memberikan informasi kesehatan berupa informasi tentang etiologi penyakit dan cara mencegahnya. Memotivasi masyarakat agar bersedia mengubah atau mempertahankan gaya hidup mereka yang menguntungkan kesehatan setelah mendapatkan pendidikan. Motivasi dapat terbangun apabila telah terbentuk sikap, keyakinan, nilai dan pendapat masyarakat tentang perilaku yang sehat. Membimbing masyarakat apabila masyarakat tidak mengetahui cara menerapkan dalam kehidupan sehari-hari meskipun mereka telah mengetahui informasi tentang pentingnya hidup sehat dan telah terbangun motivasi (Glanz, K., 2008).

4. Mengadopsi pendapat baru

Masyarakat dalam mengadopsi suatu pendapat baru kemudian mempraktekkannya dalam kehidupan sehari-hari, membutuhkan 4 tahap yaitu tahap menciptakan kesadaran, membangun minat, melakukan evaluasi dan uji coba dan melakukan adopsi.

Tahap pertama adalah menciptakan kesadaran. Pada tahapan ini dimana masyarakat belum mempunyai kesadaran dan pendapat untuk melakukan kebiasaan baru. Misalnya seseorang yang terbiasa menghabiskan sebagian besar waktunya berperilaku sedentari dengan duduk seharian sambil mempergunakan *handphone* atau menonton televisi. Mereka tidak menyadari bahwa perilaku sedentari tersebut akan berisiko meningkatkan berat badan.

Tahap kedua adalah membangun minat. Tahapan membangun minat dilakukan apabila masyarakat sudah banyak mendapatkan informasi tentang kebiasaan baru namun masyarakat belum mengetahui banyak tentang manfaat kebiasaan baru tersebut. Misalnya dengan melakukan banyak aktivitas fisik memberikan manfaat mencegah terjadinya penyakit-penyakit degeneratif misalnya diabetes melitus. Masyarakat hanya mengetahui bahwa beraktivitas fisik merupakan perilaku sehat agar tidak terkena penyakit degeneratif namun bagaimana masyarakat tidak mengetahui bagaimana aktivitas fisik dapat dilakukan agar dapat mencegah terjadinya diabetes melitus. Tenaga promotor kesehatan dapat memberikan penjelasan bagaimana dampak aktivitas fisik dapat mengurangi risiko mengalami kelebihan berat badan atau obesitas yang kemudian berdampak mengurangi risiko terjadinya sindrom metabolik termasuk hiperglikemik yang berpotensi menjadi diabetes melitus dikemudian hari

Tahap ketiga adalah melakukan uji coba. Masyarakat yang memahami apabila seseorang yang terkena diabetes melitus berpotensi kemungkinan mengalami komplikasi misalnya penyakit jantung, ginjal, kebutaan dan komplikasi lainnya. Masyarakat akan tertarik melakukan aktivitas fisik dengan teratur dengan melakukan olahraga minimal 30 menit setiap hari. Masyarakat merasakan manfaatnya karena mereka merasa lebih segar, tekanan darah dan kadar glukosa darah menjadi stabil dan berat badan mereka bisa terkontrol.

Tahap keempat adalah menerima pendapat baru dan mempraktekkannya dalam kehidupan sehari-hari. Pada tahap ini, terbangun kebiasaan baru pada masyarakat yang kemudian kebiasaan tersebut menjadi sebuah gaya hidup dan budaya.

5. Prinsip dalam program pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan mengenal beberapa prinsip dalam pelaksanaan program kegiatan agar tercapai hasil yang maksimal. Prinsip dalam pendidikan kesehatan adalah *credibility, interest, participation, motivation, comprehension, reinforcement, learning by doing, known to unknown, setting an example, good human relations, feedback, community leaders and soil, seed, sower*

a. *Credibility*

Pesan yang harus disampaikan oleh promotor kesehatan dalam meng-edukasi masyarakat haruslah pesan yang benar dan dapat dipercaya. Materi pesan yang disampaikan sesuai tujuan edukasi dan penyampaian dilakukan secara ilmiah berdasarkan fakta dan budaya setempat.

Pesan yang tidak benar dan tidak sesuai kaidah ilmiah menyebabkan masyarakat tidak mempercayai promotor atau isi pesan sehingga masyarakat tidak akan menerima pesan, tentunya akan berdampak buruk terhadap tujuan pendidikan kesehatan.

b. *Interest*

Pesan edukasi harus menarik agar mau didengar dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat penerima edukasi agar dapat dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari. Pesan tentang penyakit degeneratif akan menarik perhatian masyarakat berusia dewasa dibanding masyarakat berusia muda. Demikian juga pesan tentang pemberantasan malaria akan menarik pada masyarakat di daerah endemis malaria, tidak di masyarakat perkotaan yang tidak ada kejadian transmisi malaria.

c. *Participation*

Melakukan edukasi kesehatan akan lebih efektif apabila masyarakat diberi kesempatan untuk berpartisipasi setiap kegiatan. Misalnya dalam pengendalian penyakit diabetes melitus dibutuhkan adanya senam bagi para lansia, maka memberikan peranan kepada masyarakat untuk mempersiapkan senam akan menambah semangat dan jumlah kepesertaan dalam program tersebut.

d. *Motivation*

Setiap kelompok individu mempunyai "keinginan mendasar" sesuai kebutuhan kelompoknya. Kelompok remaja mempunyai keinginan yang berbeda dibandingkan kelompok dewasa. Dengan mengetahui keinginan kelompok maka promotor kesehatan bisa menjadikan modal untuk memberikan motivasi kepada masyarakat.

e. *Comprehension*

Di dalam masyarakat terdiri dari berbagai macam tingkatan. Misalnya tingkatan pendidikan mulai dari yang tidak sekolah, sampai dengan pendidikan tertinggi. Demikian juga dengan ekonomi, mulai dari yang tidak mampu sampai dengan yang kaya raya. Tingkatan juga terjadi dari segi aspek sosial, status, budaya dan kedudukan.

Tingkatan masyarakat mempengaruhi kebutuhan edukasi sehingga promotor kesehatan harus mengetahui tingkatan tersebut agar pesan dapat tersampaikan secara baik untuk semua lapisan masyarakat.

Agar semua tingkatan dapat memahami substansi materi pendidikan kesehatan maka promotor memilih istilah atau kalimat yang mudah dipahami serta

menghindari bahasa teknis medis yang tidak dipahami oleh masyarakat awam.

f. *Reinforcement*

Masyarakat yang tidak memahami substansi materi edukasi terutama menyangkut hal-hal baru maka mereka berhak mendapatkan penjelasan sampai mereka memahami. Sudah menjadi kewajiban para promotor kesehatan untuk membantu masyarakat memberikan penjelasan dengan cara memberikan penekanan secara berulang-ulang (*booster dose in health education*) sehingga masyarakat memahaminya sebagai sesuatu yang lebih penting.

g. *Learning by doing*

Hal-hal baru akan lebih mudah dipahami dan tertanam di benak seseorang apabila proses pembelajaran sekaligus melakukan praktek. " kalau saya dengar maka saya lupa, kalau saya lihat maka saya ingat, dan kalau saya kerjakan maka saya akan tahu"

h. *Known to unknown*

Memberikan materi edukasi sebaiknya dimulai dari materi yang masyarakat ketahui agar masyarakat merespon, kemudian berkembang ke hal-hal baru yang mereka belum ketahui. Sebaiknya diawali dari pengetahuan dasar yang mereka pahami dan secara dinamis ke hal-hal yang lebih mendalam dan kompleks, dengan demikian masyarakat merasa menemukan hal-hal yang baru yang bermanfaat.

i. *Setting an example*

Proses transformasi ilmu dalam pendidikan kesehatan dibutuhkan kedisiplinan promotor dalam memberikan contoh sesuai apa yang diajarkan. Misalnya promotor berbicara tentang dampak buruk rokok terhadap kesehatan, maka promotor tentu tidak boleh merokok,

apalagi diketahui dan dilihat oleh masyarakat bahwa promotor merokok. Apabila promotor tidak disiplin dan melanggar apa yang disampaikan maka masyarakat tidak akan pernah percaya dan menganggap pesan yang disampaikan oleh promotor semua tidak benar.

j. *Good human relations*

Seorang promotor kesehatan mempunyai kepribadian yang baik yang bisa dijadikan sebagai contoh suri teladan. Kepribadian yang baik umumnya mampu menjaga hubungan persahabatan yang baik dengan masyarakat sehingga apa yang disampaikan terkait pendidikan kesehatan akan lebih mudah diterima oleh masyarakat.

Sikap yang baik dan simpatik terhadap masyarakat juga merupakan ciri seorang promotor kesehatan yang baik. Keberadaan seorang promotor di tengah masyarakat selalu diharapkan sebab dia menjadi tempat untuk bertanya, berdiskusi dan meminta bantuan terkait nilai kesehatan baik. Promotor akan mudah menanamkan nilai-nilai hidup sehat.

k. *Community leaders*

Seorang promotor yang mempunyai hambatan untuk menjumpai dan menyakinkan masyarakat tentang pentingnya pendidikan kesehatan dapat meminta bantuan dari tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat bisa tokoh formal maupun informal. Para tokoh umumnya mempunyai hubungan baik dengan masyarakat dan mengerti cara memimpin dan membimbing masyarakat

l. *Soil, seed, sower*

Pengertian *soil, seed, sower* adalah sebuah asumsi yang berarti bahwa masyarakat adalah *soil* (tanah), materi

pendidikan kesehatan adalah *seed* (benih) dan promotor adalah *sower* (penabur). Komponen "triad" ini akan menentukan *outcome* dari proses pendidikan kesehatan sehingga ke-tiganya saling terkait dan harus saling bersinergi.

6. Substansi materi pendidikan kesehatan

Substansi dari materi pendidikan kesehatan yang dibutuhkan berdasarkan masalah kesehatan yang dihadapi bangsa Indonesia saat ini (*triple burden of diseases*) adalah *human biology*, gizi, kebersihan pelayanan kesehatan keluarga, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, pencegahan kecelakaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

8.2.2 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan agar semua kebijakan dan program yang dicanamkan oleh pemerintah dan masyarakat mendukung sektor kesehatan untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik (Abelin, 1987) sehingga promosi kesehatan membutuhkan landasan yang kuat untuk menjangkau semua lapisan masyarakat terutama masyarakat bawah.

1. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan dapat tercapai maksimal apabila didukung oleh berbagai kondisi. Dibutuhkan advokasi yang baik agar kondisi yang ikut mendukung tujuan promosi dapat maksimal. Kondisi yang berpengaruh terhadap kebijakan dan promosi kesehatan adalah kondisi politik, ekonomi, sosial, budaya, faktor lingkungan, faktor perilaku dan faktor biologi (Noack, H., 1987)

Prinsip dasar promosi kesehatan adalah (Cottrell, 2006):

- a. Sasaran kegiatan tidak mengenal perbedaan sehingga bersifat adil dan merata, ketersediaan sumber daya, dan mengandung nilai-nilai pendidikan

- b. Melibatkan dan memberikan ruang dalam pemberdayaan masyarakat untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya baik secara individu maupun komunitas. Misalnya terbentuknya upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) diantaranya posyandu dan posbindu.
- c. Memberikan efek perubahan perilaku dengan menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku yang sehat. Misalnya kebijakan larangan merokok di tempat-tempat umum
- d. Merupakan upaya komprehensif dari komponen upaya pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitasi)
- e. Melibatkan dukungan sosial untuk kelancaran pendekatan edukasi dan pemberdayaan masyarakat
- f. Diutamakan pada komunitas yang terorganisir agar lebih spesifik misalnya rumah tangga, sekolah, tempat kerja, tempat-tempat umum dan sarana pelayanan kesehatan.
- g. Kemitraan adalah falsafah dari promosi kesehatan dengan berlandaskan atas kebersamaan, keterbukaan serta saling menerima manfaat
- h. *Sustainable* dalam kegiatan dan multi strategi dalam strategi mencapai tujuan melalui pendekatan banyak varian

2. Pendekatan Promosi Kesehatan

Pendekatan yang dilakukan untuk promosi kesehatan adalah agar populasi tetap sehat (infrastruktur), gaya hidup sehat dan lingkungan yang sehat. Pendekatan agar populasi yang sehat ditargetkan pada semua tahapan (siklus) kehidupan manusia yaitu sejak lahir sampai meninggal. Setiap tahapan kehidupan manusia mempunyai kebutuhan yang berbeda

tergantung usia dan jenis kelamin, agar setiap populasi tetap hidup sehat maka dilakukan pendekatan sesuai kebutuhan kesehatan individu agar pendekatan tersebut bermanfaat pada setiap tahapan kehidupan manusia.

Pendekatan pada gaya hidup yang sehat lebih difokuskan pada perilaku individu agar gaya hidup mereka gaya hidup yang sehat. Misalnya tidak merokok, mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan berolah raga. Pendekatan ini dibutuhkan upaya dari pendidikan kesehatan, dukungan sosial dan program advokasi.

Pendekatan lingkungan yang sehat dilakukan dengan menciptakan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan yang menguntungkan bagi kesehatan. Melakukan promosi kesehatan dengan pendekatan lingkungan sehat di negara-negara berkembang masih sangat sulit karena jutaan masyarakat yang masih terjebak dengan lingkaran setan kemiskinan, buta huruf, keputusan, ketimpangan dan penyakit sehingga menyulitkan dalam melakukan promosi kesehatan.

Selain ketiga pendekatan yang dijelaskan sebelumnya, juga dapat dilakukan pendekatan lain yaitu pencegahan, proteksi dan pendidikan kesehatan (gambar 9.1). Pendekatan dengan pencegahan misalnya dengan imunisasi, kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan. Pendekatan dengan proteksi misalnya dengan kebijakan dan peraturan perundangan. Pendekatan melalui pendidikan kesehatan dengan memberikan apresiasi pada masyarakat yang sukses menjaga tetap hidup sehat.

3. Sasaran promosi kesehatan

Ada dua model yang menjadi sasaran promosi kesehatan yaitu pendekatan model individu dan pendekatan model pemerintah. Pendekatan model individu ditekankan pada kesadaran akan kebutuhan hidup sehat, gaya hidup, genetik,

pekerjaan, keyakinan, nilai dan norma. Pendekatan model pemerintah ditekankan pada sasaran di legislatif (pembuat peraturan perundangan), kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, dukungan kementerian lain diluar kementerian kesehatan, kebijakan yang memihak pada kesehatan dan besar anggaran untuk sektor kesehatan.

4. Pelaksana Promosi Kesehatan

Pihak-pihak yang dapat melakukan promosi kesehatan adalah pihak dari pemerintahan, organisasi non pemerintah, organisasi profesi. Pihak yang dapat melakukan promosi kesehatan misalnya organisasi internasional (WHO, UNICEF), organisasi nasional (Indonesian Society for Health Promotion and Education/ISHPE atau Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI)), otoritas kesehatan (Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten), organisasi non pemerintah, team pemberi pelayanan kesehatan, perkumpulan dokter, profesi pelayanan kesehatan lain misalnya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), dan organisasi keagamaan.

5. Tantangan dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan

Tantangan yang dihadapi dalam melaksanakan promosi kesehatan terutama di negara berkembang adalah kemiskinan, kebijakan prioritas pembangunan ekonomi, pendidikan masyarakat yang rendah, stabilitas politik, un-harmonisasi kerjasama antar sektor pemerintah, kepentingan komersil, beban ganda masalah kesehatan, dan laju pertumbuhan penduduk yang tinggi dan tidak terkendal.

a. Kemiskinan (*poverty*)

Kemiskinan dan semua konsekuensi kondisi hidup miskin misalnya malnutrisi, ketiadaan rumah atau rumah tidak layak huni, degradasi lingkungan berhubungan erat dengan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang.

Kondisi seperti ini sangat menghambat program promosi kesehatan. Dalam kondisi ini, pemerintah akan memprioritaskan bagaimana mengatasi masalah kemiskinan.

- b. Prioritas pembangunan ekonomi (*economic priorities*)
Sebagian besar negara berkembang mempunyai sumber daya yang terbatas sehingga sumber daya yang mereka miliki diprioritaskan untuk membangun industri agar perkembangan ekonomi mereka terakselerasi. Produk industri dan produksi pangan dibuat untuk kepentingan ekspor untuk memenuhi kebutuhan luar negeri karena pertimbangan mendapatkan devisa lebih utama dibandingkan untuk memenuhi kebutuhan dalam negeri.
- c. Pendidikan yang rendah (*education*)
Pendidikan masyarakat yang rendah merupakan tantangan serius dalam melakukan promosi kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan dan pengetahuan berkaitan erat dengan status kesehatan terutama sanitasi yang buruk penyebab tingginya kasus penyakit menular.
- d. Stabilitas politik (*political stability*)
Ketidak stabilan politik berupa konflik internal dan perang menciptakan lingkungan yang sangat tidak mendukung kesehatan. Pemerintah lebih memprioritaskan kebutuhan ekonomi untuk mengatasi masalah yang dianggap lebih serius dibanding kesehatan sehingga anggaran dan kondisi lingkungan kesehatan menjadi kurang diperhatikan dan terbengkalai
- e. Ketidak harmonisan antar sektor (*Inter sectoral un-cooperation*)

Pengambilan keputusan diberbagai sektor diantaranya yang berkaitan dengan kesehatan misalnya pertanian, pendidikan, industri, dan perdagangan apabila tidak harmonis maka akan berakibat terhadap kondisi kesehatan

f. Kepentingan komersil (*commercial interests*)

Beberapa perdagangan di negara berkembang tidak memperhatikan masalah kesehatan, yang penting bagi mereka memberikan keuntungan. Misalnya perdagangan tembakau, makanan-makanan tidak bermutu yang menciptakan gaya hidup yang tidak sehat akhirnya berdampak pada buruknya kesehatan masyarakat

g. Beban ganda masalah kesehatan (*the triple burden of diseases*)

Masalah penyakit menular belum teratasi di negara berkembang disisi lain prevalensi penyakit tidak menular serta injuri semakin meningkat, penyakit yang pernah hilang muncul kembali dan munculnya beberapa penyakit baru. Masalah ganda kesehatan seperti ini membutuhkan sumber daya yang lebih banyak. Kondisi ini membawa konsekuensi tidak semua masalah kesehatan dapat tertangani dengan baik.

h. Pertumbuhan penduduk (*the speed of change*)

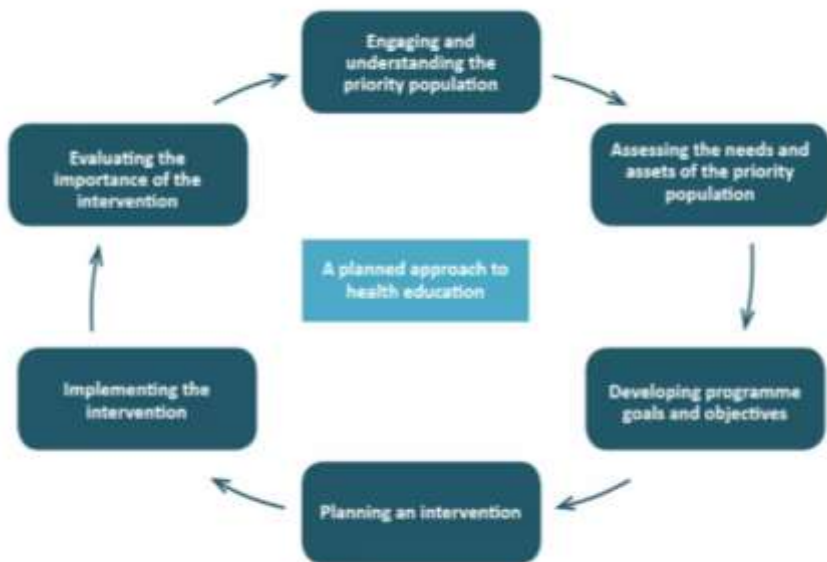
Pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali di negara berkembang menguras lebih banyak sumber daya. Penduduk yang kurang berkualitas karena faktor pendidikan hanya mencetak pengangguran yang membebani ekonomi negara.

8.3 Perencanaan dan Evaluasi Program Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Perencanaan dan evaluasi program pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan prioritas kesehatan suatu wilayah. Prioritas kesehatan suatu wilayah dapat diukur dari besaran masalah kesehatan yang dihadapi oleh wilayah tersebut. Misalnya tingginya prevalensi penyakit menular, maka perencanaan program pendidikan dan promosi harus berkaitan dengan keberhasilan untuk melakukan perubahan perilaku yang berdampak pada penurunan prevalensi penyakit menular.

8.3.1 Perencanaan Program Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Suatu pendekatan perencanaan program pendidikan dan promosi diawali dari persoalan kesehatan apa yang ada pada suatu populasi sehingga menjadi sebuah program prioritas. Kemudian menilai kebutuhan dan pada populasi prioritas. Mengembangkan dan mengidentifikasi tujuan dan sasaran program pendidikan dan promosi kesehatan. Lakukan perencanaan untuk intervensi dan implementasikan intervensi sesuai yang direncanakan, terakhir lakukan evaluasi dampak dan pentingnya intervensi yang telah dilakukan kemudian kembali ke langkah awal mengidentifikasi persoalan kesehatan pada suatu populasi kembali. Pendekatan perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan adalah suatu siklus. Komponen umum dari model perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan sebagaimana pada Gambar 8.2



Gambar 8.2. Komponen umum dari model perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan

(Sumber : <https://www.comminit.com/content/health-education-theoretical-concepts-effective-strategies-and-core-competencies>)

8.3.2 Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Keberhasilan program promosi kesehatan dapat diukur dengan semakin meningkatnya perilaku hidup sehat yang membawa dampak semakin terkontrolnya prevalensi penyakit menular dan tidak menular.

Perubahan perilaku yang diharapkan dapat menekan kejadian penyakit menular tergantung pada jenis penyakitnya. Misalnya pada penyakit diare diharapkan meningkatnya perilaku mencuci tangan memakai sabun sebelum makan atau setelah cebok. Demikian juga pada penyakit malaria, diharapkan semakin meningkat perilaku yang berkaitan dengan kejadian penyakit malaria misalnya memakai kelambu saat tidur, tidak keluar malam

dan memakai *self protection (repellent)* untuk menghindari gigitan nyamuk malaria (*Anopheles*).

Perubahan perilaku yang diharapkan berkontribusi menekan prevalensi penyakit tidak menular adalah perilaku menghindari atau berbenti merokok, mengkonsumsi makanan yang sehat (kaya serat dan rendah karbohidrat), tidak mengkonsumsi minuman beralkohol dan melakukan aktivitas fisik secara rutin.

Perubahan perilaku yang diharapkan mengurangi prevalensi injuri adalah mempergunakan alat pelindung diri, melakuka

DAFTAR PUSTAKA

- Abelin, T., Brzeziński, Z. J., & Carstairs, V. D., 1987, Measurement in health promotion and protection, World Health Organization.
- Cottrell, R. R., Girvan, J. T., McKenzie, J. F., & Seabert, D., 2006, *Health promotion and education*. San Francisco, CA: Pearson Benjamin Cummings.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W., 2013, *Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices*, Health services research.
- Gilmore, G. D, 2011. *Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion-BOOK ALONE*. Jones & Bartlett Publishers.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), 2008. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018, *Riset Kesehatan Dasar Nasional*
- Noack, H., 1987, *Concepts of health and health promotion*, Measurement in health promotion and protection.
- Nutbeam, D. 2000. *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health promotion international.
- Nurmala, Ira., Rahman Fauzie., Nugroho, Adi., Laily, Nur., Anhar,Y,Viva., 2018, Promosi Kesehatan, Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga, Surabaya

- Mboi, N., Syailendrawati, R., Ostroff, S. M., Elyazar, I. R., Glenn, S. D., Rachmawati, T., ... & Mokdad, A. H, 2022, *The state of health in Indonesia's provinces, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*, The Lancet Global Health.
- Minkler, M., 1989. *Health education, health promotion and the open society: An historical perspective*. Health Education Quarterly.
- Sharma, M., 2021, *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Jones & Bartlett Learning.
- Watkins, C. (Ed.), 2000, *The American heritage dictionary of Indo-European roots*, Houghton Mifflin Harcourt.
- Winslow, C. E, 1920, *The untilled fields of public health*. Science, 51(1306), 23-33.

BAB 9

PROMOSI KESEHATAN DI KELUARGA

Oleh Kartika Pibriyanti

9.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan erat kaitannya dengan pendidikan. Tujuan pendidikan adalah mengubah pengetahuan tidak tahu menjadi tahu. Masyarakat mengubah sikap setelah mereka mengetahui informasi yang diikuti dengan adanya perubahan perilaku. Promosi kesehatan pada hakekatnya merupakan upaya intervensi untuk mengubah perilaku masyarakat melalui pendidikan dan pengetahuan. Oleh sebab itu, untuk membentuk sebuah perilaku, ketiga komponen yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan tidak bisa dipisah.

Promosi kesehatan melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat bertujuan agar masyarakat berperan aktif mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta meningkatkan derajat kesehatan secara optimal. Upaya peningkatan kesehatan melalui kegiatan promosi kesehatan diantaranya untuk mendukung perbaikan gizi, peningkatan kesehatan lingkungan, peningkatan kesehatan kerja dan olahraga, serta penanggulangan penyakit. Promosi kesehatan harus dilaksanakan dalam bentuk pengembangan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan kondusif, penguatan gerakan masyarakat, pengembangan kemampuan individu dan penataan kembali arah pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Promosi kesehatan lahir dari pendidikan kesehatan agar para penyuluh/ pendidik kesehatan masyarakat lebih sadar tentang perlunya sebuah pendekatan positif dalam pendidikan kesehatan lebih dari sekedar pencegahan penyakit. Pendidikan kesehatan yang bertujuan merubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat, tidak cukup untuk meningkatkan derajat kesehatan, karena banyak faktor atau determinan yang mempengaruhi kesehatan dan berada diluar wilayah kesehatan. Determinan kesehatan tersebut tidak bisa diintervensi dengan pendidikan kesehatan, tapi harus lewat regulasi dan legislasi, melalui upaya mediasi dan advokasi. Secara umum disadari bahwa untuk melahirkan perilaku yang menguntungkan kesehatan atau mengubah perilaku yang tidak menguntungkan menjadi perilaku yang menguntungkan kesehatan (Susilowati, 2016)

Berikut diuraikan beberapa metode promosi kesehatan:

1. Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan adalah dengan pendekatan secara perorangan. Perorangan di sini tidak hanya berarti harus hanya kepada ibu- ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk pendekatannya antara lain: bimbingan, penyuluhan dan interview.

2. Metode Kelompok

Besar kelompok sasaran, tingkat pendidikan formal dan sasaran menentukan pemilihan metode yang efektif. Kelompok besar dengan peserta penyuluhan lebih dari 15 orang metode yang sesuai adalah dengan ceramah dan seminar. Seminar cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Untuk kelompok kecil dengan sasaran kurang dari 15 orang dapat menggunakan diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran dan permainan simulasi. Permainan simulasi merupakan gabungan dari *role play* dan diskusi kelompok. Pesan kesehatan dapat disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti monopoli, beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Massa

Cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, tanpa mempertimbangkan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya, bentuk pendekatan massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa. Contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa diantaranya ceramah umum oleh pejabat kesehatan pada acara Hari Kesehatan Nasional untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, *talk show*

tentang kesehatan melalui media elektronik, *billboard* yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, tulisan-tulisan dimajalah dan lain-lain (Darmayanti, Harahap Reni and Aidha, 2020)

9.2 Keluarga atau Rumah Tangga

Menurut UU RI Nomor 52 Tahun 2009, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-isteri, atau suami, isteri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Keluarga merupakan pilar pembangunan bangsa. Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama yang mempunyai peranan penting dalam memenuhi kebutuhan “asah, asih, dan asuh”. Keluarga merupakan tumpuan untuk menumbuh kembangkan dan menyalurkan potensi setiap anggota keluarga. Asuh yakni memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi, imunisasi, kebersihan diri dan lingkungan, pengobatan, bermain; Asih menciptakan rasa aman, nyaman, mendapatkan perlindungan dari pengaruh yang kurang baik dan tindak kekerasan dan Asah yakni melakukan stimulasi pada semua aspek perkembangan (Jannah, 2018)

Makna keluarga dalam Islam adalah terciptanya keluarga yang mawaddah (mencintai) warahmah (saling menyayangi), sebagaimana Allah maksud dalam QS Ar-Rum ayat 21:

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ

مَوَدَّةً وَرَحْمَةً ۚ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ

Allah berfirman dalam Qur'an surah Ar-rum ayat 21 " Dan di antara tanda-tanda kekuasaan-Nya ialah Dia menciptakan untukmu isteri-isteri dari jenismu sendiri, supaya kamu cenderung

dan merasa tenteram kepadanya, dan dijadikan-Nya diantaramu rasa kasih dan sayang. Sesungguhnya pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda-tanda bagi kaum yang berfikir”

Keluarga merupakan unit utama dalam sebuah sistem. Keluarga merupakan unit terkecil dalam kehidupan sosial dan memiliki peran yang sangat besar dalam membentuk sumberdaya manusia yang berkualitas. Untuk mencapai keseimbangan sistem yang stabil dalam keluarga dan masyarakat, maka setiap keluarga harus berfungsi dengan baik (Herawati *et al.*, 2020). Keberfungsian keluarga mengacu pada bagaimana seluruh anggota keluarga dapat saling berkomunikasi satu sama lain, saling berkaitan satu sama lain, mempertahankan hubungan dan mengambil keputusan serta penyelesaian masalah bersama. Fungsi keluarga dapat dilihat sebagai suatu konsep multidimensi yang menggambarkan interaksi antar anggota keluarga dan secara bersama-sama mencapai tujuan keluarga (Roman *et al.*, 2015).

Lingkungan rumah dan keluarga memiliki andil besar dalam pembentukan perilaku. Contoh kebiasaan yang dapat dilakukan di lingkungan keluarga : membiasakan anak bangun pagi, mengatur tempat tidur dan berolahraga, membiasakan anak mandi dan berpakaian bersih, menerapkan pelaksanaan ibadah sendiri dan berjamaah, membiasakan anak bersikap sopan santun kepada orang tua dan tamu, membiasakan anak menyantuni anak yatim dan fakir miskin. Kendala yang dihadapi dalam keluarga diantaranya : tidak ada atau kurang keteladanan yang diberikan orang tua, orang tua atau salah satu anggota keluarga (orang dewasa) tidak konsisten dalam melaksanakan usaha yang sedang diterapkan dan kurang terpenuhinya kebutuhan anak dalam keluarga baik secara fisik maupun psikis (Subianto, 2013).

9.3 Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga

Setiap masalah kesehatan, pada umumnya disebabkan tiga faktor yang timbul bersama. Yakni adanya bibit penyakit atau

pengganggu lainnya, adanya lingkungan yang memungkinkan berkembangnya bibit penyakit dan adanya perilaku hidup manusia yang tidak peduli dengan bibit penyakit serta lingkungannya. Oleh sebab itu, sehat dan sakitnya seseorang sangat ditentukan oleh perilaku hidup manusia sendiri. Karena masalah perubahan perilaku sangat terkait dengan promosi kesehatan maka peran promosi kesehatan sangat diperlukan dalam meningkatkan perilaku masyarakat agar terbebas dari masalah-masalah kesehatan (Kemenkes RI, 2013)

Promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2010) Promosi dalam bidang kesehatan diarahkan untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap faktor perilaku kesehatan kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku (Indika and Aprilia, 2017).

Faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri yaitu (Notoatmodjo, 2010); 1) faktor predisposisi, merupakan faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi timbulnya perilaku dalam diri seorang individu atau masyarakat. Faktor-faktor yang dimasukkan ke dalam kelompok faktor predisposisi diantaranya adalah pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, dan norma sosial, 2) faktor pendukung perilaku adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan individu atau masyarakat. Faktor ini meliputi tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya. 3) faktor penguat, faktor-faktor yang memperkuat terjadinya suatu tindakan untuk berperilaku sehat. Perilaku petugas kesehatan dan dari tokoh masyarakat seperti lurah dan tokoh agama. Selain hal tersebut juga diperlukan

ketersediaannya peraturan dan perundang-undangan yang memperkuat.

Promosi kesehatan dihubungkan dengan beberapa tatanan, antara lain tatanan rumah tangga, tatanan tempat kerja, tatanan institusi kesehatan, dan tatanan tempat-tempat umum. Secara spesifik menurut sasaran kesehatan dibagi menjadi tiga (Maulan, 2019), yaitu; 1) Sasaran Primer, adalah sasaran yang mempunyai masalah, yang diharapkan mau berperilaku sesuai harapan dan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku tersebut, 2) Sasaran Sekunder, adalah individu atau kelompok yang memiliki pengaruh atau disegani oleh sasaran primer dimana sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer, 3) Sasaran Tersier, adalah para pengambil kebijakan, penyandang dana, dan pihak-pihak yang berpengaruh di berbagai tingkat (pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan, dan desa/kelurahan).

Dengan adanya promosi kesehatan di tatanan keluarga diharapkan agar setiap anggota keluarga dapat menolong dirinya sendiri ketika terjadi masalah kesehatan (Shalahuddin, Rosidin and Nurhakim, 2018). Sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SKNII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dan, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

9.4 Fungsi Keluarga dalam Promosi Kesehatan

Keluarga memegang peranan penting dalam pelaksanaan praktek kesehatan. Kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kesehatan keluarga (mengurus masalah kesehatan dan anggota keluarga pada saat sakit) (Yahya, 2021). Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) rumah tangga menyumbang penuh dalam angka peningkatan status kesejahteraan masyarakat terutama jika program ini dilakukan secara maksimal. Hal ini terjadi karena salah satu manfaat dari PHBS dalam tatanan rumah tangga sendiri ialah menciptakan keluarga yang sehat, memiliki kemampuan untuk meminimalisir setiap masalah kesehatan, dan dapat meningkatkan produktivitas anggota rumah tangga. Sehingga dapat mengurangi jumlah anggota keluarga yang sakit serta perekonomian stabil (Putri, 2016)

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang harus dilakukan oleh setiap individu/keluarga/kelompok sangat banyak, dimulai dari bangun tidur sampai dengan tidur kembali. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan individu/keluarga/kelompok dapat menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat (Shalahuddin, Rosidin and Nurhakim, 2018). Program PHBS rumah tangga selalu digaungkan dalam berbagai lini kegiatan. Namun rasa peduli dari setiap individu masyarakat masih sulit untuk di asah. Tidak sedikit pola berpikir masyarakat yang mana ketika ditekankan mengenai pola hidup sehat maka mereka mengartikan sebagai bantuan pemenuhan fasilitas penunjang kesehatan dari pemerintah. Padahal lebih dari itu, seharusnya masyarakat mengupayakan bagaimana cara untuk menyehatkan lingkungan keluarganya sendiri(Putri, 2016).

Banyak bukti menunjukkan bahwa pendekatan keluarga mutlak dilakukan untuk melengkapi dan memperkuat pembedayaan masyarakat. Riskesdas tahun 2013 menemukan bahwa proporsi bayi yang lahir *stunting* (panjang badan <48 cm) adalah sebesar 20,2%, sementara pada kelompok balita terdapat 37,2% yang menderita *stunting* (Badan penelitian dan pengembangan, 2013). Ini menunjukkan bahwa dalam perjalanan dari saat lahir ke balita, terjadi pertumbuhan yang melambat, sehingga proporsi *stunting* justru bertambah. Penanggulangan *stunting* harus dilakukan deteksi dan intervensi sedini mungkin dengan melakukan pemantauan pertumbuhan secara ketat, melalui penimbangan bayi/balita di Posyandu setiap bulan. Data Riskesdas ternyata menunjukkan bahwa proporsi balita yang tidak pernah ditimbang selama 6 bulan terakhir cenderung meningkat, yaitu dari 25,5% pada tahun 2007 menjadi 34,3% pada tahun 2013. Ada sepertiga jumlah bayi balita yang tidak terpantau, jika hanya mengandalkan Posyandu. Oleh karena itu, mereka yang tidak datang ke Posyandu harus dikunjungi ke rumahnya. Pendekatan keluarga mutlak harus dilakukan, bila kita ingin deteksi dini *stunting* terlaksana dengan baik. Contoh lain adalah pendekatan keluarga dalam pengendalian penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular yang cukup penting adalah hipertensi (tekanan darah tinggi). Prevalensi hipertensi pada orang dewasa menurut Riskesdas tahun 2013 adalah 25,8% atau sama dengan 42,1 juta jiwa. Dari sejumlah itu baru 36,8% yang telah kontak dengan petugas kesehatan, sementara sisanya sekitar 2/3 tidak tahu kalau dirinya menderita hipertensi. Hal ini menunjukkan bahwa bila tidak menggunakan pendekatan keluarga, 2/3 bagian atau sekitar 28 juta penderita hipertensi tidak akan tertangani.

Tanggungjawab keluarga yang harus dipenuhi dalam bidang Kesehatan (Friedman and Bowden, 2010):

1. Setelah mengetahui masalah kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian dan tanggung jawab keluarga menjadi lebih besar akan perubahan kecil yang dialami anggota. Oleh karena itu, jika mengetahui perubahan tersebut perlu segera dicatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi, apa yang terjadi dan berapa banyak yang telah berubah.
2. Buat keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat untuk keluarga. Tugas ini merupakan tugas utama keluarga, tujuannya untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, memberikan pertimbangan penuh kepada keluarga yang memiliki kemampuan untuk memutuskan tindakan keluarga, dan kemudian segera mengambil tindakan yang tepat untuk mengurangi atau bahkan mengurangi solusi masalah kesehatan. Jika keluarga memiliki keterbatasan, carilah bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.
3. Mudah untuk merawat anggota keluarga yang sakit atau tidak bisa mengurus dirinya sendiri karena cacat atau usia. Jika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan layanan gawat darurat atau layanan kesehatan untuk mengambil tindakan lebih lanjut.
4. Mengubah lingkungan keluarga, seperti pentingnya kebersihan keluarga, upaya pencegahan penyakit keluarga, upaya lingkungan peduli keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam mengelola lingkungan internal dan eksternal keluarga serta dampaknya terhadap kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, manfaat keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan

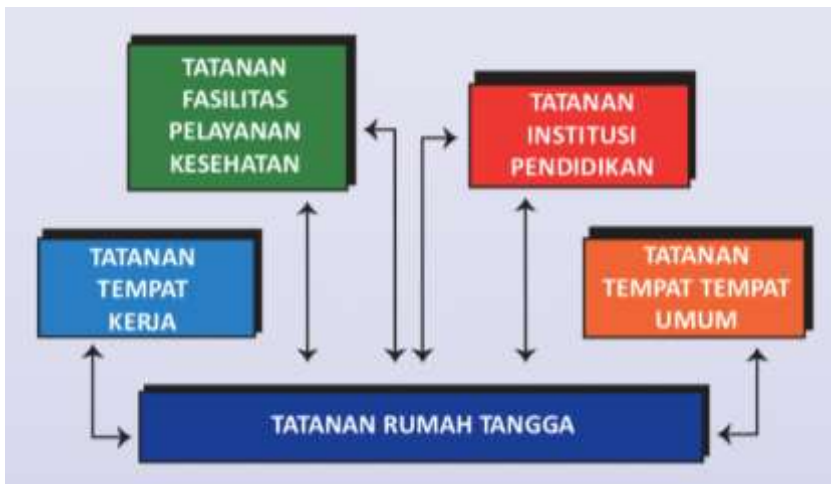
terjangkau bagi keluarga, dan apakah mereka memahami dengan baik pengalaman sebuah keluarga.

9.5 Penerapan Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga

Perwujudan mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan ialah dengan dicanangkannya kebijakan perilaku hidup bersih dan sehat yang selanjutnya disingkat menjadi PHBS. Sesuai Permenkes RI No 2269/MENKES/PER/XI/2011 PHBS merupakan sekumpulan sikap yang dilaksanakan berlandaskan pemahaman dari hasil pembelajaran untuk menciptakan individu, keluarga, serta masyarakat yang independen dalam menjunjung tinggi kesehatan sehingga dapat menolong dirinya sendiri dan berkesadaran untuk bertindak aktif di setiap kegiatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2011a). Program ini telah diimplementasikan di seluruh Indonesia sejak tahun 1996 dan dijadikan sebagai tolak ukur dalam peningkatan Sustainable Development Goals (SDGs) tahun 2015-2030 (Wati and Ridlo, 2020)

Penerapan PHBS di rumah tangga merupakan salah satu upaya strategis untuk menggerakkan dan memberdayakan keluarga atau anggota rumah tangga untuk berperilaku PHBS. PHBS di rumah tangga di arahkan untuk memberdayakan setiap keluarga atau anggota rumah tangga agar tahu, mau, dan mampu menolong diri sendiri di bidang kesehatan dengan mengupayakan lingkungan yang sehat, mencegah dan menanggulangi masalah- masalah kesehatan yang dihadapi, memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada, serta berperan aktif mewujudkan kesehatan masyarakat dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat. Oleh karena itu kegiatan PHBS di rumah tangga pelaksanaannya dimulai dari lingkungan terkecil, yaitu RT, RW,

Dusun, kampung, Desa/Kelurahan (Shalahuddin, Rosidin and Nurhakim, 2018). Dalam PHBS juga dilakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) (Proverawati and Rahmawati, 2012)



Gambar 9.1. Saling pengaruh antar tatanan dalam PHBS
(Sumber: Kemenkes 2011)

Implementasi PHBS dipraktikkan di semua bidang kesehatan masyarakat karena pada hakikatnya setiap masalah kesehatan merupakan hasil perilaku, yaitu interaksi manusia (*host*) dengan bibit penyakit atau pengganggu lainnya (*agent*) dan lingkungan (*environment*) (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa persentase rumah tangga yang telah menerapkan PHBS menjadi standar dalam pembinaan PHBS. Tetapi, PHBS rumah tangga tidak akan berjalan dengan optimal tanpa bantuan pengaruh dari

hubungan PHBS di tatanan-tatanan lainnya, yaitu : institusi pendidikan, tempat bekerja, lingkungan/tempat umum, serta berbagai sarana kesehatan (Masykuroh, 2020). Oleh sebab itu, partisipasi serta keterpaduan dari berbagai sektor dibutuhkan untuk mempercepat pencapaian sasaran yang telah dialokasikan (Putri, 2016)

Penerapan PHBS dapat dipraktikkan dalam segala bidang, yaitu:

1. Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit serta Penyehatan lingkungan harus mempraktikkan perilaku mencuci tangan dengan sabun, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, tidak merokok di dalam ruangan, dan lain-lain.
2. Bidang Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana harus mempraktikkan perilaku meminta pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan, menimbang balita dan memantau perkembangannya secara berkala, memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayi, menjadi aseptor keluarga berencana, dan lain-lain.
3. Bidang Gizi dan Farmasi harus mempraktikkan perilaku makan dengan gizi seimbang, minum tablet tambah darah (TTD) selama hamil, memberi bayi ASI eksklusif, dan lain-lain.
4. Bidang Pemeliharaan Kesehatan harus mempraktikkan perilaku ikut serta dalam jaminan pemeliharaan kesehatan, aktif mengurus dan atau memanfaatkan UKBM, memanfaatkan Puskesmas dan sarana kesehatan lain, dan lain-lain (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Perilaku-perilaku tersebut harus dipraktikkan dimanapun seseorang berada, baik di rumah tangga, di institusi pendidikan, di tempat kerja, di tempat umum, dan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai situasi dan kondisi yang dijumpai. PHBS Di rumah tangga, sasaran primer harus mempraktekkan perilaku yang dapat

menciptakan Rumah Tangga ber-PHBS, mencakup persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, pengelolaan air minum dan makanan di rumah tangga, menggunakan jamban sehat, pengelolaan limbah cair di rumah tangga, membuang sampah di tempat sampah, memberantas jentik nyamuk, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, tidak merokok di dalam rumah dan lain-lain (Kementerian Kesehatan RI, 2011a)

Di tatanan rumah tangga, pembinaan PHBS dilaksanakan secara terintegrasi dengan kegiatan pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif. Tanggung jawab pembinaan terendah berada di tingkat kecamatan (Kementerian Kesehatan RI, 2011a). Program ini diimplementasikan secara nasional oleh petugas promosi kesehatan yang bekerja dibawah naungan Puskesmas dengan menyertakan berbagai lintas program maupun lintas sektor. Keterlibatan kader kesehatan dinilai memiliki peranan penting dalam keberhasilan implementasi program PHBS tatanan rumah tangga (Azka Saftri, Nugraha and Riyanti, 2017). Sebagai pusat bagi aktivitas promosi kesehatan, puskesmas memiliki sasaran individu maupun keluarga serta masyarakat yang berada di tingkat paling bawah setelah Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan, yang berkewajiban atas segala aktivitas promosi kesehatan dan PHBS adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Anggriani, 2018)

Strategi pokok yang mesti dilaksanakan sebagai bentuk upaya promosi kesehatan, yakni advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan. Advokasi adalah strategi pokok yang bertujuan untuk mengembangkan kebijakan dengan mengutamakan pengetahuan akan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung serta dapat menata ulang arah pelayanan

kesehatan. Bina suasana adalah strategi pokok dalam menciptakan lingkungan yang mendukung segala kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan. Sedangkan pemberdayaan adalah strategi pokok untuk mengembangkan potensi bagi setiap individu dan memperkuat berbagai gerakan masyarakat (Pakpahan *et al.*, 2021).

1. Pemberdayaan

Pemberdayaan di tatanan rumah tangga dilakukan terhadap individu, keluarga dan kelompok masyarakat. Prosesnya diawali dengan pemberdayaan terhadap kelompok masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat, untuk membentuk atau merevitalisasi Forum Desa/ Kelurahan (pengembangan kapasitas pengelola). Dengan pengorganisasian masyarakat, maka selanjutnya pemberdayaan individu dan keluarga dapat ditimbangterimakan kepada perangkat desa/ kelurahan, pemuka masyarakat dan anggota-anggota masyarakat yang ditunjuk sebagai kader. Pemberdayaan individu dilaksanakan dalam berbagai kesempatan, khususnya pada saat individu-individu masyarakat berkunjung dan memanfaatkan upaya-upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Poskesdes dan lain-lain, melalui pemberian informasi dan konsultasi. Sedangkan pemberdayaan keluarga dilaksanakan melalui kunjungan rumah dan konsultasi keluarga oleh para kader. Juga melalui bimbingan atau pendampingan ketika keluarga tersebut membutuhkan (misalnya tatkala jamban, membuat taman obat keluarga dan lain-lain).

2. Bina Suasana

Bina suasana di tatanan rumah tangga dilakukan oleh para pemuka atau tokoh-tokoh masyarakat, termasuk pemuka agama dan pemuka adat, dalam rangka menciptakan opini publik, suasana yang kondusif, panutan di tingkat desa dan

kelurahan. Bina suasana juga dilakukan oleh para pengurus organisasi kemasyarakatan di tingkatdesa dan kelurahan Rukun Warga/Rukun Tetangga, pengurus PKK, pengurus pengajian, pengurus arisan, pengurus koperasi, pengurus oranisasi pemuda (seperti Karang Taruna), Pramuka dan lain-lain. Para pengurus organisasi kemasyarakatan tersebut ikut memotivasi anggota-anggotanya agar mempraktekkan PHBS. Di samping itu, bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media seperti pemasangan spanduk dan atau *billboard* di jalan-jalan desa/kelurahan, penempelan poster di tempat-tempat strategis, pembuatan dan pemeliharaan taman obat/taman percontohan di beberapa lokasi, serta pemanfaatan media tradisional.

3. Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dari kecamatan/kabupaten/kota terhadap para pemuka masyarakat dan pengurus organisasi kemasyarakatan tingkat desa dan kelurahan, agar mereka berperan serta dalam kegiatan bina suasana. Advokasi juga dilakukan terhadap para penyandang dana, termasuk (swasta), agar mereka membantu upaya pembinaan PHBS di Rumah Tangga (desa/kelurahan).

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi di desa dan kelurahan tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan (1) bina suasana PHBS di Rumah Tangga dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi dan internet; serta (2) advokasi secara berjenjang dari tingkat pusat ke tingkat provinsi dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota, dan dari tingkat kabupaten/kota ke tingkat kecamatan.

Pemantauan pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga dilaksanakan dengan memanfaatkan kegiatan Lomba Desa dan Kelurahan yang berlangsung setiap tahun dan berjenjang. Panitia Lomba Desa dan Kelurahan diberi tugas tambahan untuk evaluasi pembinaan PHBS Di Rumah Tangga. Di samping itu juga melalui pencatatan dan pelaporan PHBS dalam SIKNAS dari Kementerian Kesehatan dan data Profil Desa dari Kementerian Dalam Negeri.

Indikator keberhasilan pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga dapat dilihat dari beberapa pencapaian, diantaranya : adanya peraturan desa atau kelurahan yang melandasi pembinaan PHBS di rumah tangga, adanya peran aktif pemuka masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam pembinaan PHBS di rumah tangga, dan meningkatnya persentase rumah tangga ber-PHBS (Kementerian Kesehatan RI, 2011a)

Kendala implementasi program PHBS rumah tangga diantaranya kurang sumber daya manusia, sarana dan prasarana; tidak adanya pelatihan bagi petugas promosi kesehatan; kurang optimal dalam memotivasi masyarakat untuk dapat berperilaku hidup bersih dan sehat yang dinyatakan dari hasil pengkajian PHBS rumah tangga. Dinas Kesehatan perlu memperhatikan jumlah petugas promosi kesehatan yang ideal dalam satu puskesmas serta pelatihan yang dilakukan secara berkala bagi petugas promosi kesehatan untuk meningkatkan kompetensi dan keterampilannya. Perlu adanya sosialisasi mendalam mengenai PHBS rumah tangga kepada masyarakat agar masyarakat lebih memahami apa hakikat menjaga kesehatan dari rumah tangga sendiri. Selain itu, perlu menjamin ketercukupan sarana dan prasarana untuk melengkapi kebutuhan akan memaksimalkan pengimplementasian suatu program (Putri, 2016).

Faktor lain yang menyebabkan rendahnya implementasi PHBS adalah pengetahuan, pendidikan, pekerjaan, lingkungan, dan sosial budaya. Indikator PHBS sangat berat diterapkan di rumah tangga karena untuk 10 indikator apabila terdapat satu tidak terpenuhi maka rumah tangga tersebut dikatakan tidak menerapkan PHBS. Rumah tangga sehat adalah rumah tangga yang melakukan 10 PHBS di rumah tangga, yaitu : persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang bayi dan balita, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik di rumah, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari dan tidak merokok di dalam rumah. Indikator yang belum banyak tercapai adalah tentang konsumsi buah dan sayur setiap hari, penggunaan air bersih dan sabun untuk mencuci tangan, melakukan aktivitas fisik, rumah tangga bebas dari asap rokok. Sehingga perlu sosialisasi dari petugas kesehatan dan kesadaran dari masyarakat akan pentingnya penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dalam rumah tangga. Jika tidak ada sosialisasi ataupun penyuluhan secara rutin, ada kemungkinan anggota rumah tangga semakin tidak peduli dengan kesehatan dan bahaya dari asap rokok (Shalahuddin, Rosidin and Nurhakim, 2018)

Buah dan sayur dapat memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral serta serat yang dibutuhkan tubuh untuk tumbuh optimal dan sehat. Di dalam Al-Qur'an banyak sekali sumber-sumber makanan yang telah diuraikan dengan berbagai jenisnya. Yang termasuk makanan dalam unsur hewani, Al-Qur'an membaginya dalam dua kelompok besar, yaitu berasal dari darat dan laut. Adapun makanan hewani yang hidup di darat, maka Al-Qur'an menghalalkan secara eksplisit *al-an'am* (unta, sapi, kambing, dan lain sebagainya) dan mengharamkan secara tegas babi. Semua makhluk hidup yang diciptakan Allah

di muka bumi, baik itu manusia, binatang maupun tumbuh-tumbuhan memerlukan makanan guna untuk pemeliharaan hidupnya. Sebab, makanan memberikan kekuatan yang esensial bagi kehidupannya, untuk menyuplai unsur-unsur yang akan membentuk sel tubuh dan memperbarui bagian yang rusak. Maka, dengan demikian sumber-sumber makanan penting bagi kehidupan. Hal itu sesuai dengan firman Allah dalam surah Abasa ayat 24-32 yang artinya:

“Maka hendaklah manusia itu memperhatikan makanannya. Sesungguhnya kami benar-benar telah mencurahkan air (dari langit), kemudian Kami belah bumi dengan sebaik-baiknya, lalu Kami tumbuhkan biji-bijian di bumi itu, anggur dan sayur-sayuran, zaitun dan pohon kurma, kebun-kebun (yang) lebat, dan buah-buahan serta rumput-rumputan, untuk kesenanganmu dan untuk binatang-binatang ternakmu.” (QS. Abasa: 24-32).

Cara hidup sehat yang dicontohkan Rasulullah SAW untuk mencapai kehidupan yang sehat, bahagia dan sejahtera diantaranya: tidak makan sebelum lapar dan berhenti sebelum kenyang, makan dan minum dalam posisi duduk, makan menggunakan tangan kanan, berdoa mengucapkan basmalah Ketika hendak makan dan minum, melaksanakan puasa-puasa sunnah, sedikit tidur dan cepat bangun. Kesehatan juga penting dan perlu diperhatikan sebagai muslim dan muslimah dengan cara: menjaga kesehatan dan kesucian, rajin berolahraga minimal 2 kali dalam seminggu, mandi 2 kali sehari, menjaga kebersihan lingkungan, setelah bangun tidur hendaknya mencuci tangan, memperhatikan pola makan, membersihkan mulut dan menggosok gigi, pola hidup sehat harus selalu terjaga dengan melakukan kegiatan-kegiatan yang bermanfaat bagi kesehatan, menghindari yang membahayakan kesehatan, melakukan kegiatan yang dapat menghilangkan kegelisahan, stres yang berlebihan, dan penyakit.

Pola hidup sehat sesuai dengan firman Allah di dalam Qur'an surah *Al-A'raf* ayat 31:

يَا بَنِي آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ

Allah berfirman dalam Qur'an surah *Al-A'raf* ayat 31” Hai anak Adam, pakailah pakaianmu yang indah di setiap (memasuki) mesjid, makan dan minumlah, dan janganlah berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebih-lebihan”.

Bahwa seorang Murid memiliki 4 kewajiban atas apa yang di dalam perutnya atau yang dimakannya: Pertama: Tidak makan kecuali yang halal, sebab beribadah dengan MAKANAN HARAM, bagaikan membangun Gedung diatas ombak samudra (Ihya' Ulum Ad-Dien, Kitab Kasru Syahwatain, Abu Hamid al-Ghazali).

وَهُوَ الَّذِي أَنْشَأَ جَنَّاتٍ مَّعْرُوشَاتٍ وَغَيْرَ مَعْرُوشَاتٍ وَالنَّخْلَ وَالزَّرْعَ مُخْتَلِفًا أَكْلُهُ وَالزَّيْتُونَ وَالرَّمَّانَ مُتَشَابِهًا وَغَيْرَ مُتَشَابِهٍ كُلُوا مِنْ ثَمَرِهِ إِذَا أَثْمَرَ وَآتُوا حَقَّهُ يَوْمَ حَصَادِهِ وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ

Allah berfirman dalam Qur'an surah *Al-An'am* ayat 141 “Dan Dialah yang menjadikan kebun-kebun yang berjunjung dan yang tidak berjunjung, pohon korma, tanam-tanaman yang bermacam-macam buahnya, zaitun dan delima yang serupa (bentuk dan warnanya) dan tidak sama (rasanya). Makanlah dari buahnya (yang bermacam-macam itu) bila dia berbuah, dan tunaikanlah haknya di hari memetik hasilnya (dengan

disedekahkan kepada fakir miskin); dan janganlah kamu berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang yang berlebih-lebihan”

Ayat tersebut mengandung makna sekaligus perintah untuk menjalani pola hidup sehat dalam bentuk melakukan kegiatan-kegiatan yang akan mendatangkan kebaikan dan menghindari kegiatan-kegiatan yang akan mendatangkan keburukan dan kemaslahatan. Seperti mengonsumsi makanan yang baik dan halal serta bermanfaat bagi tubuh dan kesehatan dan menghindari makanan yang membahayakan bagi tubuh dan kesehatan. Pada hakikatnya agama sangat menganjurkan pola hidup sehat karena semua kegiatan-kegiatan untuk kelangsungan hidup seseorang akan lebih baik jika seseorang tersebut dalam keadaan sehat daripada apa yang dilakukan dan kerjakan dalam keadaan sakit. Tujuannya untuk menegakkan kebenaran dan terwujudnya kehidupan bahagia, bermanfaat dan sejahtera (Darmayanti, Harahap Reni and Aidha, 2020)

9.6 Sasaran Promosi Kesehatan di Tatanan Keluarga

Keluarga merupakan tempat dasar berkembangnya perilaku manusia. Pelaksanaan promosi kesehatan di keluarga sasaran utamanya adalah orang tua (ibu) dimana ibu merupakan seseorang yang memberikan perilaku sehat kepada anak-anaknya sejak lahir. Ibu juga lebih mendominasi dalam hal pengaturan menu makanan dan menjaga kebersihan rumah, termasuk dalam memberikan pendidikan dan menanamkan nilai sikap peduli lingkungan di keluarga (Notoatmodjo, 2007). Sasaran lain promosi kesehatan pada tatanan rumah tangga diantaranya ibu muda yang memiliki anak bayi/balita, ibu hamil, remaja putri, kelompok perempuan dan kelompok laki-laki, karang taruna, kelompok miskin dan kelompok menengah keatas (Ahmad, 2015).

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan dikenal adanya 3 jenis sasaran, yaitu (1) sasaran primer, (2) sekunder dan (3) tersier (Kementerian Kesehatan RI, 2011b)

1. 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). Keteladanan dari para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun formal dalam 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.
2. 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 menyebarluaskan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS.
3. Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan 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 perundang-undangan 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.

9.7 Kegiatan Promosi Kesehatan di Rumah Tangga

Pada promosi kesehatan dibutuhkan penyamaan persepsi bahwa promosi kesehatan merupakan proses yang memberikan informasi kesehatan pada masyarakat agar masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Kegiatan atau usaha promosi kesehatan diantaranya : penyediaan makanan yang sehat dan berkecukupan baik dari segi kualitas maupun kuantitas, perbaikan *hygiene* dan sanitasi lingkungan, pendidikan kesehatan pada masyarakat, olahraga secara teratur sesuai kemampuan individu, kesempatan memperoleh hiburan untuk perkembangan mental dan sosial, nasihat perkawinan dan pendidikan seks yang bertanggung jawab (Rachmawati, 2019)

Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam promosi kesehatan di rumah tangga dalam masyarakat : penyuluhan kelompok terbatas, penyuluhan kelompok besar, penyuluhan perorangan (penyuluhan antar teman), pemutaran film/video, penyuluhan dengan demonstrasi, pemasangan poster, pembagian leaflet, kunjungan/wisata kerja ke daerah lain, kunjungan rumah, pagelaran kesenian, lomba kebersihan antar RT/TW/Desa, kegiatan pemeliharaan dan membersihkan tempat-tempat umum, kegiatan penghijauan disekitar sumber air, serta pelatihan kader (Situngkir, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an Surat Ar-Rum ayat 21. Al-Qur'an dan Terjemahan. Cetakan ke 7: Al Mizan Publishing House
- Al-Qur'an Surat Al-A'raf ayat 31. Al-Qur'an dan Terjemahan. Cetakan ke 7: Al Mizan Publishing House
- Al-Qur'an Surat Al-A'raf ayat 24-32. Al-Qur'an dan Terjemahan. Cetakan ke 7: Al Mizan Publishing House
- Ahmad, K. 2015. Promosi Kesehatan. Jakarta: Rajawali Press.
- Anggriani, G.D. 2018. 'Penerapan Nilai-Nilai PHBS Dalam Rumah Tangga Di Kelurahan Sungai Bangkong Kota Pontianak', Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran Khatulistiwa, 7(9), pp. 1-8. Available at: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>.
- Azka Saftri, M., Nugraha, P.P. and Riyanti, E. 2017. 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Peran Kader Kesehatan Dalam Pelaksanaan Phbs Di Kelurahan Sarirejo Kota Semarang', JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal) , 5(3), pp. 595-600. Available at: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>.
- Badan penelitian dan pengembangan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013.
- Darmayanti, N., Harahap Reni, A. and Aidha, Z. 2020. Promosi Kesehatan dalam Perspektif Islam. Jakarta: Kencana.
- Friedman, M.M. and Bowden, V.R. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Herawati, T. et al. 2020. 'Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaksanaan Fungsi Keluarga di Indonesia', Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen, 13(3), pp. 213-227. Available at: <https://doi.org/10.24156/jikk.2020.13.3.213>.
- Indika, D.R. and Aprila, A.M. 2017. 'Penerapan Promosi Kesehatan Untuk Mengubah Perilaku Kesehtan Masyarakat (Studi Kasus: Rumah Sakit Cicendo)', Jurnal Logistik Bisnis, 7(1),

pp.3–11.

- Jannah, M. 2018. 'Konsep Keluarga Idaman dan Islami', *Gender Equality: International Journal of Child and Gender Studies*, 4(5).
- Kemenkes RI. 2013. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011a. Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011b. Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- Masykuroh, K. 2020. 'Implementasi Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Di Sekolah Rujukan Nasional TK 'Aisyiyah 4 Tebet Jakarta Selatan', *JPP PAUD FKIP Untirta*, 7(1), pp. 1–48. Available at: <http://jurnal.untirta.ac.id/index.php/jpppaud/index>.
- Maulan, H. 2019. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Notoatmodjo, S. 2010. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pakpahan, M. et al. 2021. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Yayasan Kita Menulis.
- Proverawati, A. and Rahmawati, E. 2012. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Roman, N. V., Schenck, C. S., Ryan, J., Brey, F., Henderson, N., Lukelelo, N., MinnaarMcDonald, M., & Saville, V. 2015. Relational aspects of family functioning and family satisfaction with a sample of families in the western cape. *Social Work*, 52(1), 302-312. doi:doi.org/10.15270/52-2-511.

- Putri, N.A.D.R. 2016. 'Implementasi Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Rumah Tangga di Kabupaten Bandung', *Jurnal Birokrasi & Pemerintah Daerah*, 3(2), pp. 1–23.
- Rachmawati, W.. 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.
- Shalahuddin, I., Rosidin, U. and Nurhakim, F. 2018. 'Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan tentang PHBS Tatanan Rumah Tangga.', *Media Karya Kesehatan V*, 1(2).
- Situngkir, D. 2018. *Modul Dasar-Dasar Promosi Kesehatan Modul Sesi 10 Implementasi Promosi Kesehatan di Masyarakat*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Subianto, J. 2013. 'Peran Keluarga, Sekolah, Dan Masyarakat Dalam Pembentukan Karakter Berkualitas', *Edukasia: Jurnal Penelitian Pendidikan Islam*, 8(2), pp. 331–354. Available at: <https://doi.org/10.21043/edukasia.v8i2.757>.
- Susilowati, D. 2016. *Promosi Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wati, P.D.C.A. and Ridlo, I.A. 2020. 'Hygienic and Healthy Lifestyle in the Urban Village of Rangkah Surabaya', *Jurnal PROMKES*, 8(1), p. 47. Available at: <https://doi.org/10.20473/jpk.v8.i1.2020.47-58>.
- Yahya, S. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Bulukumba: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) STIKES Panrita Husada.

BAB 10

PROMOSI KESEHATAN DI SEKOLAH

Oleh Susilo Wirawan

10.1 Pendahuluan

Perubahan paradigma dan re-orientasi mendasar dengan mempertimbangkan jumlah penduduk sebagai sasaran pembangunan kesehatan dimana 85% masyarakat kita berada dalam kondisi yang sehat dan hanya maksimal 15% dalam keadaan sakit, sehingga prioritas kebijakan kesehatan harus lebih dominan pada intervensi orang sehat dalam bentuk promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif terhadap penduduk yang sakit (Irwan, 2017)

(Azrimaidaliza, 2021) menjelaskan bahwa konsep paradigma hidup sehat yang disampaikan Blum yaitu adanya keterkaitan antara faktor genetik lingkungan perilaku dan layanan kesehatan. Dari keempat faktor yang berperan terhadap derajat kesehatan individu maka faktor perilaku memiliki peran penting bagi kesehatan seseorang. Sehingga sasaran utama promosi kesehatan pada dasarnya adalah perubahan perilaku dari individu maupun masyarakat.

Sekolah merupakan perpanjangan keluarga dalam meletakkan dasar perilaku untuk kehidupan anak selanjutnya termasuk perilaku kesehatan. Populasi anak di sekolah cukup besar yaitu antara 40-50%. Penggunaan setting sekolah dasar, menengah dan tinggi secara positif memengaruhi kebiasaan kesehatan dan kesuksesan masa depan yang luar biasa bagi siswa, serta guru, anggota masyarakat sekolah. Perkembangan awal perilaku kesehatan yang positif akan mengarahkan pada kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik sehingga memberikan

keuntungan bagi pelajar dalam banyak hal termasuk kemampuan mereka untuk belajar dan berprestasi secara akademis (Nurmala, 2018)

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Oleh karena itu promosi atau pendidikan kesehatan di sekolah menjadi begitu berarti. Bentuk promosi kesehatan seolah di Indonesia adalah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), yang sekaligus sebagai salah satu upaya kesehatan masyarakat di sekolah. Dalam kehidupan berbangsa, kelompok anak-anak tidak boleh begitu saja diabaikan sebab mereka inilah yang kelak akan menjadi penerus bangsa, sehingga dapat dikatakan bahwa pendidikan sekolah merupakan investasi bagi pembangunan bangsa.

Promosi di sekolah merupakan langkah yang strategis dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, didasarkan pemikiran bahwa yang pertama ; sekolah merupakan lembaga yang didirikan untuk membina dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia, baik fisik, mental spiritual maupun intelektual. Yang kedua promosi kesehatan melalui komunitas sekolah ternyata paling efektif di antara upaya kesehatan masyarakat yang lain khususnya dalam pengembangan perilaku hidup sehat.

Hal ini dilandasi bahwa :

1. Anak sekolah (usia 6-18 tahun) mempunyai persentase yang paling banyak apabila dibandingkan dengan kelompok umur yang lain.

2. Sekolah merupakan komunitas yang telah terorganisir, sehingga mudah dijangkau dalam rangka pelaksanaan usaha kesehatan masyarakat.
3. Anak sekolah merupakan kelompok yang sangat peka untuk menerima perubahan atau pembaharuan karena sedang berada dalam masa pertumbuhan dan perkembangan. Pada masa ini anak berada dalam kondisi peka terhadap stimulus sehingga mudah untuk dibimbing, diarahkan dan ditanamkan kebiasaan yang baik termasuk kebiasaan hidup sehat.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa tujuan promosi kesehatan di sekolah adalah : meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di sekolah, mencegah dan memberantas penyakit menular di kalangan masyarakat sekolah, masyarakat umum, dan memperbaiki serta memulihkan kesehatan masyarakat di sekolah melalui berbagai macam usaha. Di antaranya adalah dengan mengikutsertakan secara aktif guru, murid dan orang tua murid dalam usaha menanamkan kebiasaan hidup sehat sehari-hari, memantau kesehatan dan kelainan murid sedini mungkin serta melakukan pertolongan pertama pada kecelakaan termasuk pengobatan sederhana. Usaha lain yang dapat dilakukan termasuk imunisasi, usaha pemeliharaan kesehatan gigi, perbaikan gizi anak dan mengupayakan kehidupan lingkungan sekolah yang sehat. (Notoatmodjo, 2005)

10.2 Program Promosi Kesehatan di Sekolah

Dalam WHO (2003) disebutkan bahwa *"Health is created within the setting of everyday life"* yang berarti bahwa kesehatan dibentuk oleh kehidupan sehari-hari. Dalam kehidupan sehari-hari manusia menghabiskan waktunya di tempat atau tatanan (*setting*) yakni di dalam rumah tangga (keluarga), di sekolah bagi murid dan di tempat bekerja bagi yang telah dewasa.

Health promotion school (Usaha Kesehatan Sekolah) adalah suatu tatanan di mana program pendidikan dan kesehatan dikombinasikan untuk menumbuhkan perilaku kesehatan sebagai faktor utama untuk kehidupan. Sekolah yang berwawasan kesehatan, di mana sekolah bukan hanya sebagai tempat kegiatan belajar namun juga sebagai sarana untuk pembentukan perilaku hidup sehat.



Gambar 10.1. Usaha Kesehatan Sekolah

(Sumber : <https://www.padamu.net/usaha-kesehatan-sekolah-uks>)

Menurut (Notoatmodjo, 2005) Promosi kesehatan sekolah pada prinsipnya adalah menciptakan sekolah sebagai komunitas yang mampu meningkatkan kesehatannya. Oleh sebab itu program promosi kesehatan paling tidak mencakup 3 usaha berikut yakni :

1. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat (*healthfull school living*)

Lingkungan sekolah yang sehat mencakup 2 aspek yakni fisik dan non fisik (sosial). Lingkungan fisik terdiri dari bangunan sekolah dan lingkungannya, pemeliharaan kebersihan dan lingkungannya serta keamanan sekolah dan lingkungannya. Sedangkan lingkungan non fisik ditunjukkan dengan adanya hubungan antara komponen komunitas sekolah yaitu antara murid, guru, pegawai sekolah dan orang tua murid. Lingkungan mental sosial yang sehat terjadi apabila hubungan yang harmonis dan kondusif di antara komponen masyarakat sekolah. Hubungan yang harmonis ini akan menjamin terjadinya pertumbuhan dan perkembangan anak atau murid dengan baik termasuk tumbuhnya perilaku hidup sehat.

2. Pendidikan kesehatan (*Health education*)

Pembelajaran adalah suatu proses interaksi peserta didik dengan pendidik dan sumber daya dalam suatu lingkungan belajar. Pembelajaran adalah bantuan pendidik agar proses memperoleh pengetahuan, penguasaan keterampilan dan karakter serta pembentukan sikap dan keyakinan pada peserta didik (Abidin, 2021)

Pendidikan kesehatan khususnya bagi murid utamanya untuk menanamkan kebiasaan hidup sehat agar dapat bertanggung jawab terhadap kesehatan diri mereka sendiri serta lingkungannya serta ikut aktif di dalam usaha-usaha kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan tahap-tahap memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat, menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat dan membentuk kebiasaan hidup sehat.

Hal-hal pokok sebagai materi dasar untuk menanamkan perilaku atau kebiasaan hidup sehat adalah sebagai berikut

- a. Kebersihan perorangan (*personal hygiene*) dan kebersihan lingkungan terutama lingkungan sekolah
 - b. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dengan cara hidup bersih, imunisasi, pemberantasan nyamuk dan binatang lain yang menularkan penyakit, cara penularan penyakit dan sebagainya.
 - c. Penyakit-penyakit yang tidak menular (penyebab dan cara pencegahannya)
 - d. Gizi, yaitu dengan mengenal berbagai makanan bergizi, nilai gizi apda makanan, memilih makanan yang bergizi, kebersihan makanan dan penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi dan sebagainya
 - e. Pencegahan kecelakaan atau keamanan diri
 - f. Mengetahui fasilitas kesehatan yang profesional.
3. Pemeliharaan pelayanan kesehatan (*Health services in school*) Karena sekolah adalah komunitas, meskipun interaksi efektif antara anggota komunitas hanya sekitar 6-8 jam, namun perlu adanya pemeliharaan kesehatan, khususnya bagi murid-murid sekolah. Pemeliharaan kesehatan di sekolah ini mencakup
- a. Pemeriksaan kesehatan secara berkala, baik pemeriksaan umum maupun pemeriksaan khusus misalnya : gizi, paru-paru, kulit, gizi dan sebagainya.
 - b. Pemeriksaan dan pengawasan kebersihan lingkungan
 - c. Usaha-usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular antara lain dengan imunisasi
 - d. Usaha perbaikan gizi
 - e. Usaha kesehatan gigi sekolah
 - f. Mengetahui kelainan-kelainan yang mempengaruhi pertumbuhan jasmani, rohani dan sosial. Misalnya penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.

- g. Mengirimkan murid-murid yang memerlukan perawatan khusus atau lanjutan ke puskesmas atau rumah sakit.
- h. Pertolongan pertama pada kecelakaan dan pengobatan ringan.

10.3 Kemitraan dan Promosi Kesehatan di Sekolah

Tujuan akhir atau visi promosi kesehatan adalah kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Dari visi ini jelas bahwa yang menjadi sasaran utama promosi kesehatan adalah masyarakat, khususnya perilaku masyarakat. Penyelenggaraan promosi kesehatan di sekolah bukan semata-mata dilakukan oleh masyarakat sekolah itu sendiri, namun merupakan perwujudan kemitraan (*partnership*) dari berbagai pihak. Pilar utama promosi kesehatan di sekolah terdiri dari pihak guru, petugas kesehatan, orang tua siswa dan badan organisasi lain yang ada di lingkungan sekolah. (Notoatmodjo, 2007)

1. Guru

Guru merupakan unsur yang sangat penting dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah. Secara lebih rinci peran guru dalam memotori upaya promosi kesehatan di sekolah adalah sebagai berikut :

- a. Menanamkan kebiasaan hidup sehat bagi para siswa, misalnya cuci tangan sebelum makan, sikat gigi setelah makan, memakai alas kaki dan sebagainya.
- b. Bimbingan dan pengamatan kesehatan dengan jalan mengadakan pemeriksaan kebersihan kuku, periksa kebersihan kulit, rambut, telinga, gigi dan sebagainya yang terkait dengan kebersihan perorangan.
- c. Membantu petugas kesehatan dalam tugasnya di sekolah, misalnya melakukan pertolongan pertama pada

kecelakaan siswa dan memberikan obat sederhana bagi siswa yang sakit.

- d. Melakukan deteksi dini terhadap penyakit-penyakit yang terjadi pada murid dan mengirimkannya ke puskesmas atau RS bilamana perlu
- e. Mengkoordinasikan dan menggerakkan masyarakat di sekitar sekolah untuk memelihara dan meningkatkan kebersihan lingkungan sekolah dan masyarakat.
- f. Membuat pencatatan dan pelaporan tentang kegiatan atau upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh sekolah
- g. Menjadi perilaku contoh bagi siswa-siswanya dalam hal kesehatan, misalnya berpakaian yang bersih dan rapi, tidak merokok dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2005)

Oleh sebab itu agar guru dapat menjalankan peran-peran tersebut, guru harus memperoleh pelatihan-pelatihan kesehatan dari petugas kesehatan puskesmas setempat. Di samping itu guru-guru perlu pula untuk diberikan buku-buku salah satunya berupa buku panduan tentang kesehatan. Buku jenis ini merupakan media promosi kesehatan yang merupakan sebuah sarana yang berguna untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh seorang guru sebagai seorang komunikator. Media promosi kesehatan bertujuan agar sasaran mendapatkan pengetahuan dan kemudian mampu merubah perilakunya menjadi lebih positif (Jatmika, 2019)



Gambar 10.2. Contoh Buku Panduan untuk Guru

Media pembelajaran adalah media yang digunakan dalam pembelajaran yaitu meliputi alat bantu guru dalam mengajar serta sarana pembawa pesan dari sumber belajar ke penerima pesan belajar. Semakin banyak panca indra yang digunakan , semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga yang dimaksudkan mengerahkan indra sebanyak mungkin pada suatu obyek sehingga memudahkan pemahaman. (Adventus, 2019)

2. Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan dari lingkungan sekolah terdekat (puskesmas) mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan promosi kesehatan dalam bentuk Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di sekolah-sekolah di wilayah kerjanya. Petugas kesehatan mempunyai kewajiban untuk membina dan mengembangkan upaya kesehatan sekolah. Secara rinci peran petugas kesehatan dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah antara lain sebagai berikut :

- a. Memberikan bimbingan kepada guru-guru dalam menjalankan promosi kesehatan di sekolahnya masing-masing
- b. Menjalankan beberapa kegiatan pelayanan kesehatan di sekolah yang tidak dapat dilakukan oleh guru, misalnya imunisasi, pemeriksaan kesehatan dan sebagainya
- c. Turut serta dalam pengawasan terhadap lingkungan sekolah yang sehat memberikan petunjuk-petunjuk kepada masyarakat tentang hal-hal yang dianggap perlu bagi kesehatan di sekolah.
- d. Memberikan pelatihan-pelatihan dan bimbingan kepada guru-guru dalam rangka meningkatkan kemampuan mereka dalam melaksanakan upaya kesehatan di sekolah.
- e. Membantu sekolah dalam mengembangkan materi kesehatan dalam kurikulum sekolah
- f. Menjalani kerja sama dengan sektor lain dan pihak-pihak lain dalam rangka mengembangkan upaya kesehatan sekolah
- g. Menggerakkan masyarakat di sekitar sekolah dalam rangka upaya kesehatan sekolah.

3. Orang Tua Murid

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.

Murid sekolah berada dalam lingkungan sekolah paling lama 8 jam sehari, selebihnya anak akan kembali ke keluarga dan masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar waktu yang dihabiskan oleh anak setiap hari adalah bukan di sekolah, akan tetapi di rumah dan masyarakat. Oleh sebab itu, orang tua murid mempunyai peran penting dalam menumbuhkembangkan anak. Peran orang tua murid dalam promosi kesehatan di sekolah antara lain, yang pertama ikut serta dalam perencanaan dan penyelenggaraan program promosi kesehatan di sekolah. Yang kedua menyesuaikan diri dengan program kesehatan di sekolah dan berusaha untuk mengetahui atau mempelajari apa yang diperoleh anaknya di sekolah, dan mendorong anaknya untuk mempraktikkan kebiasaan hidup sehat di rumah. (Notoatmodjo, 2005)

10.4 Komponen Promosi Kesehatan Sekolah

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)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2003) telah merumuskan beberapa komponen dalam mengembangkan promosi kesehatan sekolah yang lebih luas lagi dibandingkan dengan “Trias UKS” versi Departemen Kesehatan. Komponen promosi kesehatan sekolah versi WHO ini lebih luas apabila dibandingkan dengan ruang lingkup Usaha Kesehatan Sekolah (Trias UKS).



Gambar 10.3. Trias Usaha Kesehatan Sekolah

(Sumber : <https://www.msyarifah.my.id/2022/09/11/usaha-kesehatan-sekolah-uks/>)

Komponen-komponen Promosi Kesehatan versi WHO dapat dijelaskan sebagai berikut : (Notoatmodjo, 2005)

1. Penerapan kebijakan kesehatan (*Implement healthy policy*)
Pimpinan sekolah bersama-sama dengan guru dapat membuat kebijakan-kebijakan sekolah yang terkait dengan

kesehatan. Kebijakan kesehatan di sekolah ini kemudian dituangkan dalam peraturan sekolah dan disosialisasikan kepada semua warga komunitas sekolah, terutama para siswa. Apabila terjadi pelanggaran terhadap peraturan tersebut, baik murid maupun guru harus melakukan tindakan atau hukuman atas pelanggaran. Peraturan-peraturan tersebut dimaksudkan sebagai cara untuk menanamkan kebiasaan atau perilaku sehat bagi siswa.

2. Tersedianya sarana dan prasarana pencegahan dan pengobatan sederhana di sekolah (*Provide acces preventive and curative health services*)

Sekolah adalah suatu komunitas yang anggotanya sebagian besar adalah anak-anak. Dalam dinamika interaksi antar mereka dan aktifitasnya lebih berisiko apabila dibandingkan dengan orang dewasa. Berkelahi dengan temannya dan jatuh akibat bermain adalah hal yang sering terjadi di sekolah. Oleh sebab itu di sekolah harus tersedia fasilitas atau sarana dan prasarana kesehatan dan kebersihan yang pokok di antaranya tersedia tempat cucui tangan, tersedia klinik atau setidaknya ruang P3K, adanya tenaga terlatih untuk P3K, tersedianya alat medis sederhana misalnya alat pengukur suhu badan, timbangan badan dan sebagainya.

3. Tersedianya lingkungan yang sehat (*provide a safety and healthy environment*).

Sekolah adalah tempat untuk menanamkan perilaku atau kebiasaan hidup sehat bagi siswa. Kebiasaan atau perilaku sehat ini akan mudah terjadi apabila didukung oleh lingkungan yang sehat pula (*healthy environment*). Lingkungan yang sehat ini misalnya mencakup semua ruangan kelas harus cukup ventilasi, tersedia air bersih, terdapat tempat pembuangan sampah yang tertutup dan

tersedianya taman dan halaman sekolah atau lapangan untuk bermain para siswa.

4. Adanya program penyuluhan kesehatan (*provide skill based health education*)

Setiap orang termasuk anggota masyarakat sekolah dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri memerlukan keterampilan dan kemampuan. Kemampuan memelihara dan meningkatkan kesehatan harus dikembangkan sedini mungkin, termasuk pada saat masih menjadi siswa di sekolah. Oleh sebab itu pendidikan atau penyuluhan kesehatan di sekolah penting untuk dilakukan terutama yang menyangkut tentang pentingnya kebersihan perorangan, pemeliharaan makanan dan gizi, bahaya merokok dan narkoba bagi kesehatan, kesehatan reproduksi, cara pencegahan penyakit dan sebagainya.

5. Partisipasi orang tua siswa dan masyarakat (*improved community health through parent and community participation*)

Sekolah merupakan bagian dari masyarakat atau komunitas, terutama masyarakat di mana sekolah itu berada. Oleh sebab itu pengembangan kesehatan di sekolah merupakan bagian dari pengembangan kesehatan masyarakat, yang memerlukan partisipasi dari masyarakat terutama orang tua siswa. Persatuan orang tua siswa (komite sekolah) merupakan sebuah wadah partisipasi masyarakat dan bisa menjadi wadah untuk pengembangan kesehatan masyarakat sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin. 2021. 'Urgensi Komunikasi Model S-O-R dalam Meningkatkan Pembelajaran'. Makasar: Al Itizam.
- Adventus. 2019. 'Buku Ajar Promosi Kesehatan'. Jakarta: Fak Vokasi UKI.
- Azrimaidamiza. 2021. 'Promosi Gizi dan Kesehatan'. Padang: Andalas University Press, p. 45.
- Graeff, J.A. 1993. 'Communication for Health and Behavior Change : A developing Countries Perspective'. San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Irwan. 2017. 'Etika dan Perilaku Kesehatan'. Yogyakarta: CV. Absolute Media.
- Jatmika. 2019. 'Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan'. Jakarta, p. 67.
- 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.
- Nootoadmodjo. 2007. 'Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku'. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. 2005. 'Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi'. Jakarta: Rineka Cipta, pp. 362-374.
- Nurmala. 2018. 'Promosi Kesehatan'. Surabaya: Airlangga University Press.

BAB 11

PROMOSI KESEHATAN DI PUSKESMAS

Oleh Ashari

11.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan bertujuan dalam peningkatan kemampuan masyarakat guna menjaga kesehatannya secara mandiri, serta mampu menciptakan kegiatan yang sumber dayanya berasal dari masyarakat, berdasarkan kondisi sosial dan budaya masyarakat setempat serta mendapatkan dukungan berupa kebijakan publik yang memiliki wawasan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Puskesmas menjadi pusat kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki peranan penting dalam meningkatkan status kesehatan dalam masyarakat. Puskesmas harus mengedepankan kegiatan promotif dan preventif yang tidak mengesampingkan pelayanan pengobatan dan pelayanan rehabilitatif. Promosi kesehatan yang dilakukan di puskesmas bertujuan untuk melakukan pemberdayaan terhadap individu, keluarga dan masyarakat, baik itu kegiatan dalam gedung maupun kegiatan di luar gedung puskesmas agar masyarakat dapat menanamkan kebiasaan untuk hidup bersih dan sehat guna membiasakan masyarakat dalam mengenal masalah kesehatan yang sedang dihadapi, mampu melakukan pencegahan dan penanggulangan terhadap penyakit yang dialami. Harapan yang bisa dicapai dengan kegiatan promosi kesehatan menciptakan lingkungan wilayah kerja puskesmas menjadi lebih nyaman, semakin bersih dan sehat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di puskesmas tidak lepas dari peran seorang tenaga promosi kesehatan yang memiliki kemampuan dalam melakukan pergerakan dan mampu merangsang terjadinya perbaikan perilaku serta lingkungan menjadi lebih sehat. Tenaga promosi kesehatan di puskesmas harus memiliki kompetensi dalam pengelolaan program komunikasi, informasi dan edukasi, pengelolaan program promosi kesehatan, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan advokasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan serta pelaksanaan kemitraan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

11.2 Strategi Promosi Kesehatan

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan di puskesmas tidak lepas dari strategi dasar utama kegiatan promosi kesehatan yang terdiri dari (1) Pemberdayaan, (2) Bina Suasana, (3) Advokasi dan (4) Kemitraan. Strategi ini dapat dikembangkan mengikuti keadaan setempat yang disesuaikan dengan sasaran, keadaan puskesmas dan tujuan yang ingin dicapai dari kegiatan promosi kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

11.2.1 Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan yang sangat penting dilakukan oleh seorang tenaga promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, kemauan serta kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk melakukan pencegahan terhadap penyakit, meningkatkan derajat kesehatannya, menciptakan kondisi lingkungan yang sehat serta ikut berperan penting dalam upaya penyelenggaraan berwawasan kesehatan. Upaya kegiatan pemberdayaan masyarakat yang diselenggarakan oleh puskesmas meliputi pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dengan memperhatikan keadaan serta

status sosial budaya masyarakat yang ada di wilayahnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

1. Pemberdayaan Individu

Pada tingkat individu promosi kesehatan berfokus pada peningkatan kesadaran, kepedulian serta kemauan dalam menerapkan perilaku hidup yang bersih dan sehat (Emilia dan Prabandari, 2019). Pemberdayaan pada individu merupakan hal yang perlu dilakukan oleh setiap tenaga kesehatan yang berada di puskesmas. Pendekatan secara individu mampu mendorong terjadinya perbaikan perilaku menjadi perilaku yang lebih sehat. Contohnya mengubah perilaku dari merokok berubah menjadi tidak merokok. Peran tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan pemahaman pada setiap individu melalui edukasi dan konseling guna mewujudkan individu yang sadar dan mampu untuk berperilaku sehat. Selain itu, kegiatan kunjungan lapangan termasuk kegiatan Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan salah satu upaya pemberdayaan individu khususnya siswa siswi yang ada di sekolah agar bisa berperilaku hidup bersih dan sehat. Metode yang dapat digunakan dalam upaya pemberdayaan individu yaitu demonstrasi, diskusi, konseling serta pendampingan. Media komunikasi yang dapat digunakan meliputi selebaran/leaflet, lembar balik, poster berupa gambar dan foto serta media edukasi lainnya yang bisa dibawa dengan mudah untuk kunjungan lapangan.

2. Pemberdayaan Keluarga

Kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu upaya pemberdayaan keluarga untuk melihat keluarga dari pasien yang berkunjung ke puskesmas atau semua keluarga yang menjadi wilayah binaan puskesmas. Sama halnya dengan pemberdayaan individu, kegiatan pemberdayaan ini bertujuan untuk memperkenalkan suatu

perilaku yang sehat kepada keluarga tersebut agar bisa mengubah perilakunya jika masih tidak sehat. Perilaku sehat terkait pemberdayaan keluarga meliputi : pentingnya buang air besar pada jamban sehat, menanam taman obat keluarga, menggunakan garam beryodium, menutup dan membersihkan tempat penampungan air, membuang benda-benda yang bisa menampung air, melakukan aktivitas fisik serta rajin makan sayur dan buah. Tenaga promosi kesehatan harus melakukan pemberian informasi kesehatan secara sistematis agar setiap anggota keluarga yang dikunjungi bisa menjadi lebih paham sehingga mau dan mampu untuk melaksanakan perilaku kesehatan yang disampaikan. Metode yang bisa dilakukan dalam upaya pemberdayaan keluarga yaitu demonstrasi, diskusi, maupun konseling. Media komunikasi yang bisa digunakan adalah selebaran/leaflet, lembar balik, poster berupa gambar dan foto serta media edukasi lainnya yang bisa dibawa dengan mudah ketika melakukan kunjungan di setiap rumah warga.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan Masyarakat meliputi kegiatan pergerakan maupun kegiatan pengorganisasian masyarakat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Pergerakan masyarakat diawali dengan kegiatan mengenali masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat yang kemudian akan dimusyawarahkan untuk dicari solusi pemecahan masalah kesehatan tersebut secara bersama-sama. Diharapkan dengan kegiatan ini dapat mendorong masyarakat mampu melakukan upaya pencegahan masalah kesehatan yang ada agar tidak menjadi masalah lagi. Upaya pemecahan kesehatan yang dihadapi harus berasal dari sumberdaya masyarakat secara mandiri dengan didampingi oleh puskesmas. Beberapa peran aktif puskesmas dalam mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat yang

dikenal dengan nama Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) meliputi : Pos Pelayanan Terpadu, Pos Obat Desa, Pos Kesehatan Desa, Saka Bakti Husada, Keluarga Sadar Gizi, Dokter Kecil, Pos Bersalin Desa, Pos Kesehatan Pesantren, serta berbagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat lainnya. Selain itu, puskesmas memiliki fungsi sebagai penggerak kegiatan pembangunan yang berwawasan kesehatan melalui : (1) penggerakan lintas sektor serta dunia usaha di wilayah binaannya agar mendukung upaya pembangunan kesehatan, (2) pemantauan serta pelaporan secara aktif dari dampak kesehatan serta kegiatan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah binaannya, (3) pemeliharaan kesehatan dan peningkatan upaya pencegahan penyakit dengan tidak mengesampingkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan penyakit. Ketiga fungsi tersebut memiliki tujuan untuk peningkatan peran masyarakat baik itu lintas sektor, lembaga swadaya masyarakat dan dunia swasta agar membantu kegiatan pelayanan promosi kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Adapun prinsip-prinsip kegiatan pemberdayaan masyarakat, yang terdiri dari: (1) Menumbuhkembangkan potensi masyarakat, meliputi : sumber daya alam serta manusia, atau kondisi geografi masyarakat setempat, (2) Mengembangkan kegiatan gotong royong dalam masyarakat, (3) Mendorong kontribusi aktif dari masyarakat, meliputi : ide-ide, pikiran, tenaga dan sebagainya, (4) Menjalin kemitraan, (5) Desentralisasi (Tumurang, 2018)

11.2.2 Bina Suasana

Bina suasana merupakan upaya membuat lingkungan sosial (suasana) dapat mendorong setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk melakukan pencegahan terhadap penyakit guna

meningkatkan status kesehatannya serta membuat lingkungan yang sehat dan ikut berperan serta dalam upaya pemenuhan kesehatan. Bina suasana sangat penting dalam mendorong perubahan perilaku sehat karena setiap individu akan termotivasi untuk melakukan perilaku baru yang diperkenalkan jika lingkungan sekitarnya, baik itu keluarga, teman, kelompok belajar, kelompok pengajian, dll ikut juga berpartisipasi. Keadaan lingkungan sangat mendukung untuk mengajak setiap individu, keluarga dan masyarakat agar bisa tahu dan mampu dalam melakukan upaya kesehatan. Contohnya tenaga kesehatan, keluarga pasien, serta penjenguk pasien berperan penting dan aktif dalam membuat lingkungan yang kondusif atau mendorong terjadinya perubahan perilaku pada pasien agar bisa berperilaku yang lebih sehat. Tenaga kesehatan harus bisa menjadi teladan dalam setiap sikap dan perbuatan dan harus konsisten dalam memberikan pelayanan kepada pasien, misalnya : bersikap ramah, menjaga kesehatan diri termasuk menghindari rokok, senantiasa berolahraga dan lain sebagainya. Tenaga kesehatan puskesmas dalam mendukung perubahan perilaku bisa memberikan penyuluhan kelompok dengan didukung media edukasi kesehatan. Media edukasi kesehatan yang dapat diberikan guna mendukung upaya bina suasana berupa selebaran/leaflet, poster, penayangan video terkait penyakit yang dialami pasien. Dengan harapan keluarga pasien dan penjenguk pasien semakin bertambah pengetahuannya dan dapat membantu penyampaian informasi kesehatan yang telah diperoleh kepada pasien.

11.2.3 Advokasi

Advokasi merupakan strategi dalam mempengaruhi pengambil kebijakan khususnya dalam menentukan peraturan, mengatur sumberdaya dan menetapkan keputusan-keputusan yang berkaitan dengan masyarakat (Febrianti, Devy, Mardhatillah, Ramlan, 2022). Advokasi merupakan proses yang sistematis dan

terencana dengan baik guna mendapatkan dukungan serta komitmen dari berbagai pihak yang berkepentingan, baik itu tokoh masyarakat formal maupun yang tidak formal sehingga masyarakat yang berada di lingkungan kerja puskesmas bisa diberdayakan dan mampu melakukan pencegahan serta mampu meningkatkan kesehatannya melalui upaya perbaikan lingkungan menjadi lebih sehat.

Advokasi sangat diperlukan untuk mendukung kegiatan upaya pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat. Misalnya dalam mewujudkan lingkungan yang terhindar dari asap rokok yang berbahaya, puskesmas harus melakukan kegiatan advokasi dengan pemerintahan disekitarnya untuk dibuatkan aturan-aturan terkait larangan merokok di lingkungan kerja Puskesmas, seperti: kantor pemerintahan, sekolah, tempat ibadah, serta tempat umum yang lain.

Adapun tahapan-tahapan untuk melakukan advokasi terhadap sasaran, meliputi : (1) sasaran harus memahami atau menyadari persoalan yang dihadapinya, (2) sasaran tertarik untuk ikut serta berpartisipasi dalam penanganan persoalan yang dihadapi, (3) sasaran melakukan pertimbangan terhadap berbagai pilihan dalam berperan, (4) sasaran menyepakati pilihan utama yang ditetapkan dan (5) sasaran menyampaikan upaya tindakan yang akan dilaksanakan selanjutnya. Tahapan ini sangat berperan penting dalam keberhasilan advokasi jika betul-betul dilaksanakan dengan tepat dan sistematis. Upaya tindak lanjut merupakan bukti adanya komitmen untuk memberikan dukungan bisa berupa pembuatan disposisi pada usulan yang diajukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Hal yang perlu diperhatikan sebelum melakukan advokasi adalah harus mengembangkan jejaring atau kemitraan dengan berbagai pihak potensial yang terlibat. Advokasi dilaksanakan secara berkelanjutan sampai setiap pihak yang diberikan advokasi ikut andil dalam melakukan partisipasi yang aktif. Contohnya

dalam rencana pemberian bantuan pembuatan jamban untuk suatu keluarga. Peran kepala puskesmas harus menjalin kemitraan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat, Media Massa, Tokoh Agama, serta Tokoh Pendidikan/Akademisi dan pihak yang potensial.

Hal yang perlu dipersiapkan sebagai bahan pelaksanaan advokasi yaitu : disesuaikan dengan sasaran yang dituju, mulai dari latar belakang pendidikan, sosial dan budaya setempat, disesuaikan berdasarkan ketersediaan waktu yang tersedia, memuat tentang 5W + 1H (apa, mengapa, siapa, kapan, dimana dan bagaimana), mencakup masalah dan pilihan pemecahan masalah, mencakup peran aktif yang dilakukan oleh sasaran advokasi, menyiapkan data yang menjadi pendukung pentingnya kegiatan advokasi baik itu bagan maupun gambar, serta penyampaian pesan dengan bahasa yang jelas ringkas dan menarik.

11.2.4 Kemitraan

Kemitraan merupakan upaya melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan dalam mencapai tujuan bersama (Widyawati, 2020). Prinsip-prinsip kemitraan sangat penting dikembangkan oleh seorang promotor kesehatan puskesmas terhadap sasarannya dalam upaya pengembangan kegiatan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi. Kemitraan berperan penting dalam meningkatkan keberhasilan promosi kesehatan melalui kerjasama yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan berbagai pihak yang potensial seperti tokoh agama, kelompok profesi, media massa, pihak pemerintahan, lembaga swadaya dan lembaga potensial lainnya. Ada tiga prinsip utama dalam melakukan kemitraan agar bisa berjalan secara baik, yaitu :

1. Kesetaraan

Menjalin hubungan yang sifatnya hierarkis tidak berlaku dalam kegiatan kemitraan. Dalam kemitraan tidak boleh ada yang atas dan ada yang bawah tetapi semua harus menerima

bahwa setiap orang memiliki kedudukan yang sama atau setara. Hal ini bisa dicapai jika pihak yang terlibat dilandasi dengan kebersamaan atau kepentingan bersama yang mengedepankan asas kekeluargaan

2. Keterbukaan

Semua pihak yang terlibat dalam kegiatan kerjasama harus menjunjung tinggi nilai kejujuran. Adapun masukan, saran, komentar yang didasari dengan niat yang baik, jujur, dan tidak saling menutupi satu sama lain.

3. Saling menguntungkan

Hasil dari kerjasama harus mengandung keuntungan bagi berbagai pihak. Tidak boleh ada yang merasa dirugikan sehingga semakin mendorong keberhasilan dari tujuan yang akan dicapai

Terdapat tujuh landasan saling yang perlu diperhatikan dalam menjalin kemitraan, yaitu : (1) Memahami yang menjadi kedudukan, fungsi serta tugas semua yang terlibat (2) Mengakui keahlian dan kemampuan semua yang terlibat (3) Membangun hubungan yang baik semua yang terlibat (4) Saling mendekati, (5) Terbuka dalam menerima kritik dan saran serta mau memberikan bantuan dan diberikan bantuan, (6) Mendukung setiap upaya yang dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dan (7) Menghargai setiap upaya yang dilakukan semua yang terlibat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

11.3 Hal-Hal Yang Mendukung Pelaksanaan Promosi Kesehatan

Pelaksanaan strategi promosi kesehatan sangat didukung oleh (1) Metode komunikasi dan Media informasi yang tepat, serta (2) Keberadaan sumber daya yang memadai.

11.3.1 Metode dan Media

Metode sangat diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan di puskesmas. Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, bina suasana, dan advokasi kesehatan merupakan bagian dari kegiatan komunikasi. Hal ini membuktikan bahwa diperlukan metode komunikasi yang tepat untuk kegiatan bersangkutan.

Dalam memilih metode komunikasi harus disesuaikan dengan kemas informasi yang tepat, serta disesuaikan dengan keadaan orang yang akan menerima informasi, baik itu terkait sosial dan budaya serta pertimbangan lainnya yang meliputi ruang dan waktu. Metode promosi penyampaian pesan kesehatan berdasarkan sasarannya terbagi atas dua yaitu penyuluhan individu dan penyuluhan kelompok. Untuk penyuluhan kelompok terbagi lagi menjadi kelompok besar (lebih dari 15 orang) berupa ceramah, seminar, dan demonstrasi, dan kelompok kecil (5-15 orang) berupa diskusi, curah pendapat, metode panel dan metode bermain peran (Nurmala, Ira, Rahman, Fauzie, Nugroho, Adi, Erlyani, Neka, Nurlaily, 2018)

Media promosi kesehatan merupakan sarana dalam menyampaikan pesan terkait kesehatan kepada sasaran sehingga mudah untuk dimengerti oleh sasaran yang dituju sehingga sasaran mengalami peningkatan pengetahuan dan terjadi perubahan perilaku yang lebih sehat. Sasaran promosi kesehatan terdiri dari individu, keluarga, kelompok sasaran khusus meliputi : anak-anak sampai usia lanjut, kelompok yang memiliki perilaku merugikan bagi kesehatan, dan kelompok yang memiliki penyakit kronis seperti jantung dan sebagainya. Media promosi kesehatan berdasarkan fungsinya terbagi atas media berupa cetak, penggunaan elektronik dan media berupa papan (Siregar, 2020). Media informasi harus dipilih sesuai dengan metode komunikasi yang diinginkan dan berfokus pada sasaran atau orang yang mendapatkan informasi. Contohnya jika sasaran memiliki waktu

yang singkat maka kita harus pasang pesan-pesan kesehatan yang singkat juga padat dan jelas, jangan pasang poster dengan kata-kata yang panjang. Begitupun sasaran yang tidak bisa membaca harus diberikan penjelasan melalui gambar-gambar yang menarik dan mudah dipahami disertai sedikit penjelasan. Akhir-akhir ini pemanfaatan media internet menggunakan media sosial merupakan salah satu pilihan media komunikasi yang luas dan cepat yang bisa dimanfaatkan dalam penyebaran informasi kesehatan.

11.3.2 Sumber daya

Kegiatan promosi kesehatan sebaiknya dilakukan oleh koordinator yang mempunyai keahlian di bidang promosi kesehatan. Sebagai seorang koordinator harus berasal dari pejabat fungsional Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jika tidak tersedia tenaga khusus yang merupakan pejabat fungsional promosi kesehatan, kekosongan koordinator promosi kesehatan dapat dipilih dari tenaga kesehatan puskesmas yang melakukan pelayanan kepada pasien. Semua tenaga kesehatan puskesmas harus dibekali pengetahuan dan kecakapan untuk memudahkan dalam menyampaikan informasi dan memberikan konseling. Tenaga kesehatan yang belum memiliki keterampilan tersebut maka harus mengikuti program pelatihan atau bimbingan teknis. Adapun sarana atau peralatan yang dapat mendukung kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan pada puskesmas meliputi : *flipcharts* dan *stands*, *LCD Proyektor*, *Wireless Microphone*, , *Tape Recorder*, Kamera Foto, Papan untuk informasi dan lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Untuk dana dan anggaran kegiatan promosi kesehatan di Puskesmas disesuaikan dengan kemampuan anggaran pemerintahan daerah setempat yang berupa dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Selain itu ada juga dana bantuan dari pemerintahan pusat serta pihak swasta.

11.4 Promosi Kesehatan Dalam Gedung Puskesmas

Promosi kesehatan dalam gedung merupakan kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam gedung puskesmas atau lingkungan sekitar puskesmas yang terdiri dari tempat pendaftaran, ruang poliklinik, ruang perawatan, ruang laboratorium, ruang apotek, tempat pembayaran dan halaman luar atau taman puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

11.4.1 Tempat Pendaftaran

Promosi kesehatan di tempat ini menggunakan media leaflet, poster, atau pemutaran video edukasi pada TV yang terpasang di tempat pendaftaran. Informasi kesehatan yang bisa disampaikan pada tempat pendaftaran meliputi : jadwal pelayanan, jenis pelayanan, alur pelayanan, gambaran denah poliklinik puskesmas, informasi terkait kesehatan yang terbaru saat ini, serta informasi peraturan kesehatan lainnya seperti larangan merokok, larangan membuang sembarangan sampah dan lainnya. Menyapa setiap pasien atau pengunjung yang datang ke puskesmas merupakan salah satu kegiatan promosi karena sikap ini merupakan modal awal komunikasi dengan pasien dan pengunjung agar bisa lebih senang dan mengurangi beban penyakit yang dialaminya.

11.4.2 Ruang Poliklinik

Promosi kesehatan bisa dilakukan dengan membuka poliklinik khusus untuk memberikan konsultasi atau konseling bagi pasien rawat jalan. Adapun media yang harus disiapkan untuk membantu kegiatan promosi kesehatan yaitu poster dan selebaran yang bisa diambil untuk dibaca pasien. Peran keluarga pasien sangat penting juga untuk menyambung informasi kesehatan yang didapatkan di ruang tunggu poliklinik puskesmas agar bisa mengingatkan pasien rawat jalan terkait informasi penyakit dan

upaya pencegahan yang harus dilakukan agar masalah kesehatan yang dialami segera diatasi.

11.4.3 Ruang Pelayanan KIA dan KB

Promosi kesehatan di ruangan KIA dan KB tidak terbatas pada bayi dan balita saja tetapi termasuk ibu-ibu serta ibu hamil dan pengunjung lain yang memerlukan pelayanan kontrasepsi. Selain itu orang yang berpengaruh juga adalah keluarga yang mengantarkan pasien ke puskesmas. Media informasi kesehatan yang perlu dipasang berupa poster atau selebaran terkait penyakit terutama penyakit yang bisa menyerang anak usia bayi dan yang berusia balita. Perlu diberikan juga informasi kesehatan terkait gizi yang penting bagi ibu hamil, pentingnya pemeriksaan kehamilan minimal 6 kali, pentingnya tablef tambah darah untuk bumil, pentingnya imunisasi lengkap, pentingnya memberikan ASI eksklusif, serta pentingnya membawa anak ke posyandu untuk dipantau tumbuh kembangnya.

11.4.4 Ruang Perawatan Inap

Promosi kesehatan pada tempat ini berfokus pada ibu bersalin, kelompok pasien pada fase penyembuhan, dan kelompok pasien yang menderita penyakit kronis lainnya meliputi kanker, tuberkulosis dan sebagainya. Informasi kesehatan yang diberikan bisa dilakukan melalui penyuluhan individu secara langsung kepada pasien rawat inap dibantu dengan media komunikasi yang mudah dibawa-bawa yaitu selebaran/leaflet, gambar-gambar atau foto disertai keterangan kata-kata atau kalimat yang sederhana dan jelas.

Promosi kesehatan bisa juga dilakukan melalui penyuluhan berkelompok (3-6 orang). Penyuluhan yang dilakukan kepada kelompok orang bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada pasien agar bisa menjaga kesehatannya supaya mengikuti perilaku yang lebih sehat sebagai upaya pencegahan terhadap

penyakit. Penyuluhan harus dibawakan secara santai, menghibur dan diselingi rekreasi. Misalnya sesekali pasien rawat inap diajak ke halaman puskesmas untuk diberikan penyuluhan berkelompok sekaligus dilakukan sedikit peregangan otot. Alat peraga dan media yang bisa digunakan dalam melakukan penyuluhan kelompok adalah permainan dan simulasi.

11.4.5 Ruang Laboratorium

Promosi kesehatan di ruang laboratorium dilakukan pada pasien, pengunjung/ orang sehat serta keluarga pasien yang mengantarkannya. Kesadaran yang perlu dikembangkan adalah manfaat melakukan pemeriksaan dengan laboratorium sebagai upaya penegakan diagnosis yang tepat bagi dokter dan bagi pengunjung sehat bisa membantu menjaga kondisi tubuh agar tetap sehat. Media informasi yang cocok pada laboratorium karena pasien tidak tinggal terlalu lama adalah poster atau leaflet yang dapat dibawa pulang.

11.4.6 Ruang Apotek

Promosi kesehatan di ruang apotek dilakukan pada pasien, keluarga pasien yang mengantarkannya. Informasi yang perlu disampaikan pada pasien yang berada di ruang apotek adalah kedisiplinan dalam mengonsumsi obat terutama obat antibiotik guna mencegah resistensi obat, meminum obat sesuai dengan petunjuk dokter, dan informasi terkait Taman Obat Keluarga (TOGA) di lingkungan rumah masing-masing untuk memenuhi kebutuhan obat-obatan herbal dan sederhana. Media promosi kesehatan yang bisa diberikan adalah pemasangan poster serta penyediaan selebaran/leaflet terkait informasi kesehatan obat terutama dalam menggunakan obat antibiotik, di ruang apotek juga bisa dioperasikan tape recorder untuk memutar suara yang memuat pesan-pesan kesehatan.

11.4.7 Tempat Pembayaran

Tenaga kesehatan yang bertugas di tempat pembayaran harus menunjukkan sikap yang ramah tidak lupa mendoakan pasien yang telah berobat untuk lekas sembuh dan semoga senantiasa sehat kedepannya. Dan tidak lupa menyampaikan kepada pasien tidak perlu takut untuk datang kembali ke Puskesmas jika membutuhkan informasi kesehatan atau pertolongan kesehatan lainnya serta tidak lupa menyampaikan informasi penting untuk tetap menjaga kesehatan melalui PHBS dan memohon bantuan agar senantiasa mempromosikan informasi kesehatan yang telah didapatkan di puskesmas kepada masyarakat di sekitar lingkungannya.

11.4.8 Halaman atau Taman Puskesmas

Penyampaian informasi kesehatan pada tempat parkir puskesmas bisa dipasang baliho di sekitar lapangan parkir yang berisi pesan Kawasan Tanpa Asap Rokok, informasi terkait PHBS, Himbauan Presiden, Pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), bahaya penyalahgunaan NAPZA dengan pesan yang singkat dan jelas. Pemanfaatan taman puskesmas sebagai Taman Obat Keluarga (TOGA) yang berisi tanaman obat-obatan atau tanaman herbal yang baik untuk kesehatan sebagai percontohan bagi masyarakat agar memahami betul terkait pentingnya tanaman herbal tersebut. Pada dinding puskesmas bisa dipasang poster terkait kesehatan, begitupun di pagar pembatas puskesmas bisa dipasang spanduk terkait Kampanye Kesehatan Nasional, Kampanye STOP Tuberkulosis, Kampanye Hari AIDS, Kampanye tentang protokol kesehatan dan lainnya. Pada kantin/kios di sekitar puskesmas bisa dipasang poster atau selebaran terkait manfaat konsumsi gizi seimbang (sayur dan buah) dan pentingnya pemenuhan air putih serta informasi kesehatan lainnya. Pada tempat ibadah bisa dilakukan promosi kesehatan dengan melakukan pemasangan poster atau menyediakan leaflet dan

selebaran terkait informasi kesehatan terkini dikaitkan dengan perintah agama dan poster terkait pentingnya menjaga kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan dilihat dari pendekatan agama.

11.5 Promosi Kesehatan Luar Gedung Puskesmas

Promosi kesehatan di luar gedung bertujuan untuk meningkatkan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dengan melakukan pengorganisasian masyarakat.

Pengorganisasian masyarakat merupakan proses penggerakan dan pemberdayaan masyarakat yang dapat membangun masyarakat agar mau dan mampu menyelesaikan masalahnya sendiri dengan menggunakan sumberdaya yang ada melalui swadaya masyarakat sesuai dengan kemampuannya. Adapun harapan yang dapat dilakukan masyarakat bersama tenaga kesehatan puskesmas yaitu: (1) Mengusulkan dan mempersiapkan rencana aksi PHBS sesuai dengan masalah kesehatan utama yang ada di wilayahnya, (2) Mendorong semua masyarakat untuk bisa ikut berperan aktif atau berpartisipasi, (3) Bekerjasama dalam melaksanakan program dengan efektif dan efisien, (4) Ikut serta dalam melakukan pemantauan dan pembinaan, (5) Melakukan pelaporan terhadap perkembangan kegiatan pelaksanaan serta keberhasilan program kesehatan yang telah dilakukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Promosi kesehatan di luar gedung melakukan penerapan Advokasi, Bina Suasana dan Pemberdayaan Masyarakat yang disingkat ABG, meliputi empat pendekatan yaitu : (1) pendekatan individu, (2) pendekatan kelompok yang terdiri dari : Saka Bakti Husada, Posyandu, Karang Taruna dan Majelis Taklim serta Tim Penggerak PKK), (3) pendekatan organisasi massa, sebagai contoh kelompok kesenian tradisional dan lain-lain, (4) penggerakan dan pengorganisasian masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).



Gambar 11.1. Tahapan Gerakan Pengorganisasian Masyarakat
(Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Promosi kesehatan di luar gedung meliputi: (1) Kunjungan Lapangan/Rumah dan (2) Pemberdayaan Berjenjang. dan (3) Pengorganisasian Masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

11.5.1 Kunjungan Lapangan/Rumah

Kunjungan lapangan/rumah dilakukan terutama untuk pasien yang memiliki masalah kesehatan yang cukup berat dan perlu mendapatkan langkah-langkah tindak lanjut yang harus dilaksanakan langsung di rumah tangganya, contohnya terkait pembuatan jamban sehat, pembuatan taman obat keluarga, ventilasi rumah, lantai rumah yang harus di semen dan lain-lain.

Kunjungan lapangan/rumah bertujuan untuk membantu pasien/keluarga dalam memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi melalui kegiatan konseling di tingkat keluarga dengan menerapkan prinsip-prinsip konseling. Untuk pasien yang sepakat melakukan langkah tindak lanjut, kunjungan lapangan/rumah sebagai supervisi atau pembinaan, sekaligus sebagai apresiasi jika langkah tindak lanjut tersebut telah dilaksanakan dengan baik.

Namun jika pasien/keluarga tidak mengikuti upaya perbaikan kesehatan yang telah disampaikan dalam promosi kesehatan dalam gedung puskesmas maka kunjungan lapangan/rumah berubah menjadi kunjungan konseling. Artinya melalui kunjungan langsung di lapangan/ rumah pasien/keluarga pasien bisa membantu mengatasi masalah atau kendala yang dihadapi. Jika konseling keluarga semakin banyak terjadi dan mencakup wilayah yang lebih luas dan menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dihadapi oleh suatu keluarga telah terjadi pada keluarga yang lain maka perlu dilakukan perubahan strategi metode komunikasi. Untuk proses pemecahan masalah kesehatan yang telah melibatkan keluarga-keluarga yang lain maka pendekatan yang paling tepat dilakukan melalui pengorganisasian masyarakat.

11.5.2 Pemberdayaan Berjenjang

Kegiatan promosi kesehatan tidak hanya ditangani sendiri oleh tenaga kesehatan puskesmas tetapi diperlukan bantuan dari kader masyarakat sendiri yang terbagi atas beberapa tatanan. Oleh karena itu kerjasama lintas sektor seperti tokoh masyarakat, tokoh agama serta kader masyarakat sangat membantu jalannya kelancaran kegiatan promosi kesehatan di masyarakat. Adapun identifikasi mitra/pemuka masyarakat dan kader masyarakat yang dapat direkrut di setiap tatanan bisa diikuti format berikut :

TATANAN	MITRA/PEMUKA MASYARAKAT	KADER
Rumah Tangga	Kepala Desa/ Lurah, Pengurus RW/ RT, Pemuka Agama, Tim Penggerak PKK	Anggota PKK
Sarana Pendidikan (termasuk Pondok Pesantren)	Kepala Sekolah/Kyai, Guru/ Ustadz, Pengurus BKOM, Pengurus PGRI	Murid-murid/ Santri-santri terpilih
Tempat Kerja	Pengelola tempat kerja, Pengurus Sedkat Pekerja/ Korpri	Karyawan-karyawan terpilih

Gambar 11.2. Identifikasi mitra/pemuka masyarakat dan kader masyarakat di setiap tatanan
(Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Pentingnya promosi kesehatan dilakukan di sekolah adalah: menciptakan PHBS di sekolah yang dilakukan oleh siswa, guru dan masyarakat di sekitar lingkungan sekolah, guna menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, bersih dan nyaman, meningkatkan pendidikan di sekolah, menciptakan pelayanan kesehatan di sekolah yang bisa dimanfaatkan dengan baik, meningkatkan upaya penerapan kebijakan sehat serta mempromosikan kesehatan (Nurfadhilah, 2020)

11.5.3 Pengorganisasian Masyarakat

Pengorganisasian masyarakat dapat dilaksanakan di berbagai tatanan baik itu rukun tetangga/ rukun warga, sekolah, pesantren, kantor, pabrik, dan sebagainya. Adapun beberapa langkah-langkah pengorganisasian masyarakat meliputi :

1. Survei Mawas Diri (SMD)

Dalam survei mawas diri, diharapkan semua tokoh masyarakat dapat mengenali masalah kesehatan yang biasa terjadi pada masyarakatnya. Survei mawas diri dilaksanakan dengan bantuan instrumen yang dibuat bersama masyarakat, kader dan pemerintah desa/kelurahan setempat dan dibantu oleh tenaga pendamping (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan). Pada langkah ini dilakukan observasi guna menggali penyebab dari masalah kesehatan yang sering muncul. Diharapkan dengan melakukan SMD dapat membuat tokoh masyarakat menjadi lebih sadar dan senantiasa melakukan mawas diri dan mampu memanfaatkan potensi sumberdaya di wilayahnya untuk memecahkan masalah kesehatan yang sedang dihadapinya.

2. Musyawarah Masyarakat (MM)

Dalam musyawarah masyarakat, semua tokoh masyarakat diarahkan melakukan pembahasan terhadap hasil SMD melalui musyawarah kecil sesama tokoh masyarakat bersangkutan, yang akan dirumuskan dan direncanakan untuk dilakukan pemecahan masalah kedepannya. Peran tenaga kesehatan puskesmas membantu dalam melakukan kegiatan advokasi kepada berbagai pihak yang berkepentingan untuk menggalang dukungan baik itu dalam bentuk kebijakan maupun dukungan sumber daya. Hasil pembahasan yang diperoleh dari musyawarah kecil akan menjadi bahan pembahasan dalam musyawarah besar. Musyawarah besar bisa dilakukan beberapa kali hingga diperoleh rencana nyata yang akan dilakukan guna memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat dan rencana pencegahannya agar tidak menjadi masalah kesehatan lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Emilia, O. dan Prabandari, Y.S., 2019. *Promosi kesehatan dalam lingkup kesehatan reproduksi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Febrianti, Devy, Mardhatillah, Ramlan, P., 2022. *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. 1st ed. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013. *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020. *Standar Profesi Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurfadhilah, 2020. *Buku Ajar Program Studi Kesehatan Masyarakat: Promosi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Nurmala, Ira, Rahman, Fauzie, Nugroho, Adi, Erlyani, Neka, Nurlaily, A.V.Y., 2018. *Promosi Kesehatan*. 1st ed. Surabaya: Airlangga University Press.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*.
- Siregar, P.A., 2020. *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
- Tumurang, M.N., 2018. *Promosi Kesehatan*. 1st ed. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Widyawati, 2020. *Buku Ajar Pendidikan dan Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan*. “Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara”.

BAB 12

PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA

Oleh Noorce Christiani Berek

12.1 Pendahuluan

Praktik kesehatan di tempat kerja yang baik merupakan prasyarat mendasar bagi keberhasilan ekonomi dan sosial. Promosi kesehatan di tempat kerja telah terbukti menjadi aset bisnis yang sukses dan strategis untuk meningkatkan kesehatan tenaga kerja dan kualitas lingkungan kerja. Promosi kesehatan di tempat kerja menawarkan pendekatan yang komprehensif bagi tempat kerja untuk menyiapkan kegiatan promosi kesehatan yang sukses.

12.2 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan di tempat kerja telah berkembang menjadi sebuah disiplin ilmu yang independen selama 20 tahun terakhir dalam penelitian K3. Keselamatan dan Kesehatan Kerja dapat dinilai dari kesejahteraan fisik, mental dan sosial dari seluruh pekerja yang ada, tidak hanya bebas dari penyakit akibat kerja. Tempat kerja dianggap sebagai tempat yang penting untuk meningkatkan kesehatan pekerja. Hal ini telah menghasilkan konsep promosi kesehatan di tempat kerja yang luas.

12.2.1 Kesehatan dan Promosi Kesehatan

Kesehatan didefinisi oleh *World Health Organisation* (WHO) sebagai suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Pandangan tentang kesehatan ini mendasari definisi promosi kesehatan seperti yang

telah dikemukakan dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan (Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, 1986). Piagam tersebut mendefinisikan kesehatan sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari. Konsep positif yang menekankan pada sumber daya sosial dan pribadi serta kemampuan fisik. Oleh karena itu, kesehatan dianggap sebagai hal yang penting untuk keberhasilan hidup. "Kesehatan" jelas melampaui kesehatan fisik dan mencakup keterampilan mengatasi dan memecahkan masalah, keseimbangan rasional antara perawatan diri dan penggunaan layanan kesehatan, pencapaian di rumah dan di tempat kerja, interaksi sosial yang sukses, serta sikap dan pandangan yang positif (Harris, 2006).

Berdasarkan pandangan tentang kesehatan ini, Piagam Ottawa WHO untuk Promosi Kesehatan (1986) mengusulkan pendekatan sistem untuk promosi kesehatan, yang melibatkan masyarakat di tengah lingkungan yang mendukung. Selain itu, promosi kesehatan difokuskan untuk memperkuat tindakan masyarakat, meningkatkan keterampilan pribadi, dan memperkuat/mendukung program layanan kesehatan yang ada. Piagam ini menghasilkan definisi promosi kesehatan yang disempurnakan, yaitu sebagai 'proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kesehatan mereka' (Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, 1986).

12.2.2 Tempat Kerja Sebagai Tempat Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bermaksud untuk menangani manusia sebagai individu dan kelompok dalam lingkungan tempat mereka tinggal, bekerja, berinteraksi, dan bermain. Dengan diterbitkannya Piagam Ottawa, para profesional kesehatan masyarakat mengubah bahasa mereka dari bahasa yang bernada edukatif menjadi bahasa yang bernada 'pengembangan masyarakat'. Hal ini menekankan pentingnya kondisi kehidupan dalam kaitannya dengan perilaku hidup sehat termasuk saat seseorang melakukan pekerjaannya.

"Pengaturan" ini merupakan kerangka acuan yang jelas untuk semua jenis intervensi yang berkaitan dengan promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan.

Jelas bahwa promosi kesehatan dapat dan harus dilakukan di berbagai tempat seperti sekolah, komunitas, klinik, dan juga tempat kerja. Hal ini memberikan dorongan moral dan juga kepentingan pribadi untuk memperluas konsep promosi kesehatan secara global (berpikir global, bertindak lokal). Namun, hal ini tidak berarti membenarkan "isolasi" dari setiap pengaturan. Kunci keberlanjutan adalah keterkaitan yang dapat diciptakan antara berbagai program dan pengaturan. Oleh karena itu, promosi kesehatan telah berevolusi untuk mengenali pengaruh kebijakan sosial yang lebih luas, faktor lingkungan dan tempat kerja yang spesifik, bukan hanya faktor individu dalam upaya meningkatkan kesehatan (Masanotti, 2009).

Tempat kerja dianggap sebagai tempat yang penting untuk kegiatan promosi kesehatan karena alasan-alasan berikut:

1. Struktur yang sudah ada di tempat kerja untuk persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja. Hal ini dapat dengan mudah digunakan untuk menyampaikan kegiatan promosi kesehatan.
2. Tempat kerja menawarkan potensi yang sangat besar untuk menjangkau banyak orang dengan informasi dan bantuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka.
3. Merupakan kepentingan bersama antara pemberi kerja dan pekerja untuk mempromosikan kesehatan di tempat kerja.
4. Organisasi yang berpikiran maju mengakui bahwa pengelolaan sumber daya manusia sama pentingnya, dengan pengelolaan sumber daya keuangan dan sumber daya lainnya. Kesehatan dan kebugaran pekerja untuk bekerja sangat erat kaitannya dan merupakan faktor kunci dalam upaya setiap organisasi untuk mencapai efektivitas,

daya saing, dan produktivitas yang lebih baik.

12.3 Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja

Promosi kesehatan di tempat kerja didefinisikan oleh *European Network for Workplace health Promotion* (ENWHP) sebagai berikut: "Promosi Kesehatan di Tempat Kerja adalah upaya gabungan dari pemberi kerja, pekerja, dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan orang-orang ditempat kerja." Definisi ini didasarkan pada deklarasi Luxembourg (1997) yang dikembangkan oleh anggota ENWHP (ENWHP, 2012). Dalam deklarasi Luxembourg, promosi kesehatan di tempat kerja (*Workplace Health Promotion/WHP*) digambarkan sebagai strategi perusahaan modern, yang bertujuan untuk mencegah penyakit di tempat kerja (termasuk penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan, kecelakaan kerja, cedera, dan stres) dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ditempat kerja.

Menurut deklarasi Luxemburg, hal ini dapat dicapai melalui kombinasi dari:

1. Meningkatkan organisasi kerja dan lingkungan kerja
2. Mempromosikan partisipasi aktif
3. Mendorong pengembangan pribadi

Sejak pengembangannya, definisi WHP ini telah menjadi definisi yang paling banyak diterima diseluruh Eropa. Visi WHP dari jaringan ENWHP didasarkan pada pendekatan yang luas dan komprehensif untuk mempromosikan kesehatan ditempat kerja (gambar 12.1).



Gambar 12.1. Model kesehatan tempat kerja ENWHP
(Sumber : ENWHP, 2012)

Pendekatan komprehensif WHP ini didasarkan pada prinsip-prinsip berikut (ENWHP, 2012):

1. Pekerjaan yang sehat adalah proses sosial, yang merupakan hasil dari tindakan berbagai pemangku kepentingan di dalam dan di luar tempat kerja. Pendorong utamanya adalah kepemimpinan dan praktik manajemen yang didasarkan pada budaya tempat kerja yang partisipatif
2. Pekerjaan yang sehat merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor penentu, yang meliputi keseluruhan strategi dan kebijakan para pengambil keputusan, kualitas lingkungan kerja dan organisasi kerja, serta praktik kesehatan pribadi. Faktor-faktor penentu ini dapat dipengaruhi oleh beberapa hal proses, yang mengikuti lingkaran manajemen, misalnya membangun

infrastruktur, komunikasi yang baik untuk memastikan transparansi dan partisipasi, implementasi, dan peningkatan berkelanjutan.

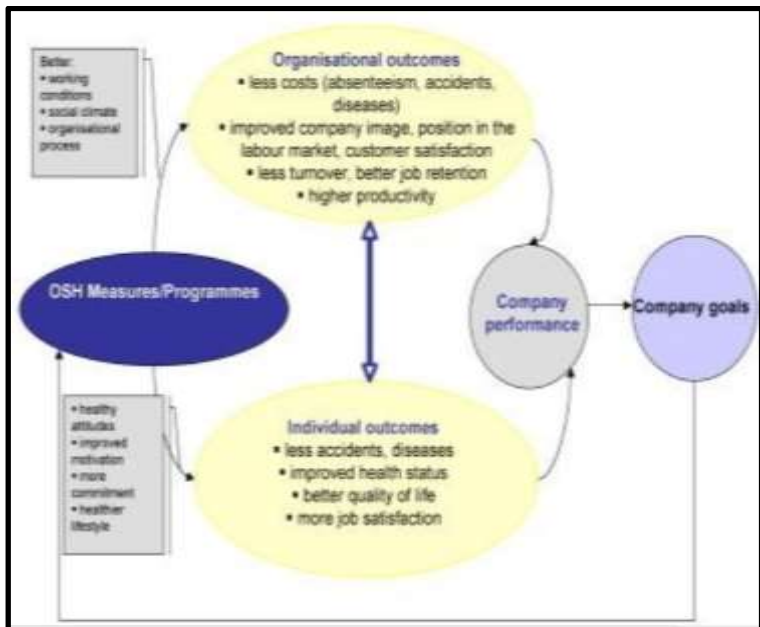
3. Pekerjaan yang sehat berdampak pada kualitas kehidupan kerja dan non-kerja serta berkontribusi pada tingkat perlindungan kesehatan masyarakat dan populasi (kesehatan masyarakat). Hasilnya tidak hanya kesehatan tempat kerja yang lebih baik tetapi juga peningkatan kinerja tempat kerja yang pada gilirannya berkontribusi pada peningkatan pembangunan sosial dan ekonomi di tingkat lokal, regional, dan nasional.

Berdasarkan uraian tentang promosi kesehatan di tempat kerja ini, jelaslah bahwa, meskipun terdapat hubungan yang kuat dengan keselamatan dan kesehatan kerja, ada juga perbedaannya. Keselamatan dan kesehatan kerja berfokus pada risiko keselamatan dan kesehatan di tempat kerja dan mengembangkan strategi untuk mengendalikan risiko tersebut. Promosi kesehatan di tempat kerja memandang tempat kerja sebagai tempat untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan. Kedua pendekatan tersebut harus dipertimbangkan untuk saling memperkuat satu sama lain.

12.3.1 Manfaat Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Perusahaan mendapat manfaat dari promosi kesehatan di tempat kerja karena pekerjaannya lebih sehat dan lebih termotivasi ketika bekerja di lingkungan kerja yang lebih baik. Konsekuensinya adalah berkurangnya biaya terkait penyakit dan biaya kesehatan lainnya, kualitas produk dan layanan yang lebih tinggi, lebih banyak inovasi dan peningkatan produktivitas. Promosi kesehatan di tempat kerja juga berkontribusi pada citra tempat kerja dan membuatnya menjadi lebih menarik sebagai pemberi kerja. Terutama ketika promosi kesehatan di tempat kerja tersebut

selaras dengan tujuan tempat kerja sesuai dengan strategi, filosofi, dan budaya tempat kerja, maka dampak dan manfaat positif dapat diperoleh. Kerangka kerja yang disajikan pada gambar di bawah ini (gambar 12.2) menawarkan wawasan tentang hubungan antara proses promosi kesehatan di tempat kerja dan hasilnya (De Greef M, 2004). Kerangka kerja ini mengusulkan konsep promosi kesehatan ditempat kerja, yang terintegrasi dalam strategi bisnis dan selaras dengan tujuan tempat kerja, yang mempengaruhi komponen individu dan organisasi.



Gambar 12.2. Kerangka kerja untuk efek dan hasil dari tempat kerja

(Sumber : Sumber: De Greef dan Vanden Broek (De Greef M., Vanden Broek, 2004))

Di tingkat organisasi, program promosi kesehatan di tempat kerja memberikan manfaat bagi organisasi seperti (De Greef M., Van den Broek, 2004):

1. Biaya yang lebih sedikit: biaya karena ketidakhadiran, kecelakaan dan penyakit akibat kerja berkurang,
2. Peningkatan citra perusahaan: perusahaan menjadi lebih menarik bagi pelanggan dan pekerja,
3. Lebih sedikit pergantian pekerja dan retensi staf yang lebih besar: manajemen sumber daya manusia menjadi lebih efektif,
4. Produktivitas yang lebih tinggi.

Pada tingkat individu, program promosi kesehatan di tempat kerja mengarah pada kesadaran kesehatan yang lebih besar (gaya hidup yang lebih sehat) dan peningkatan motivasi dan komitmen. Perubahan ini menghasilkan beberapa hasil (De Greef M., Van den Broek, 2004):

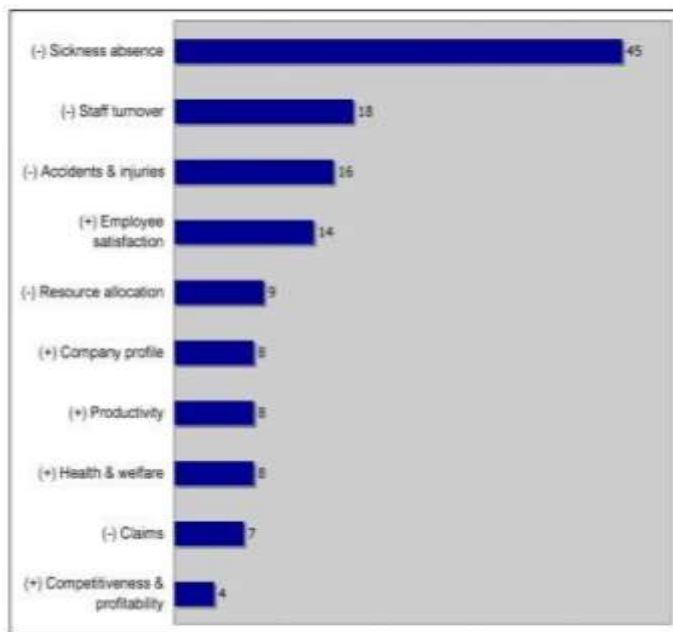
1. Lebih sedikit kecelakaan dan penyakit akibat kerja
2. Kondisi kesehatan yang lebih baik
3. Lebih banyak kepuasan kerja

Kepuasan karyawan akan memberikan dampak positif tambahan bagi organisasi, misalnya menurunkan biaya akibat ketidakhadiran atau meningkatkan produktivitas.

Di tingkat organisasi, promosi kesehatan di tempat kerja memberikan manfaat praktis seperti, dengan mengadaptasi stasiun kerja dapat mencegah sakit punggung, pada akhirnya mengurangi jumlah pekerja yang mengalami sakit punggung, dan mengurangi terjadinya pergantian pekerja. Namun pada saat yang sama, hal ini juga dapat memberikan dampak positif bagi pekerja secara

individu dengan meningkatkan motivasi, kenyamanan, dan kepuasan kerja.

Jelaslah bahwa nilai tambah dari program promosi kesehatan di tempat kerja terutama terletak pada efek tambahan ini (De Greef M., Van den Broek, 2004). Bukti dari 55 studi kasus di Inggris menunjukkan bahwa program promosi kesehatan di tempat kerja menghasilkan keuntungan finansial, baik melalui penghematan biaya atau peningkatan pendapatan tambahan (gambar 12.3).



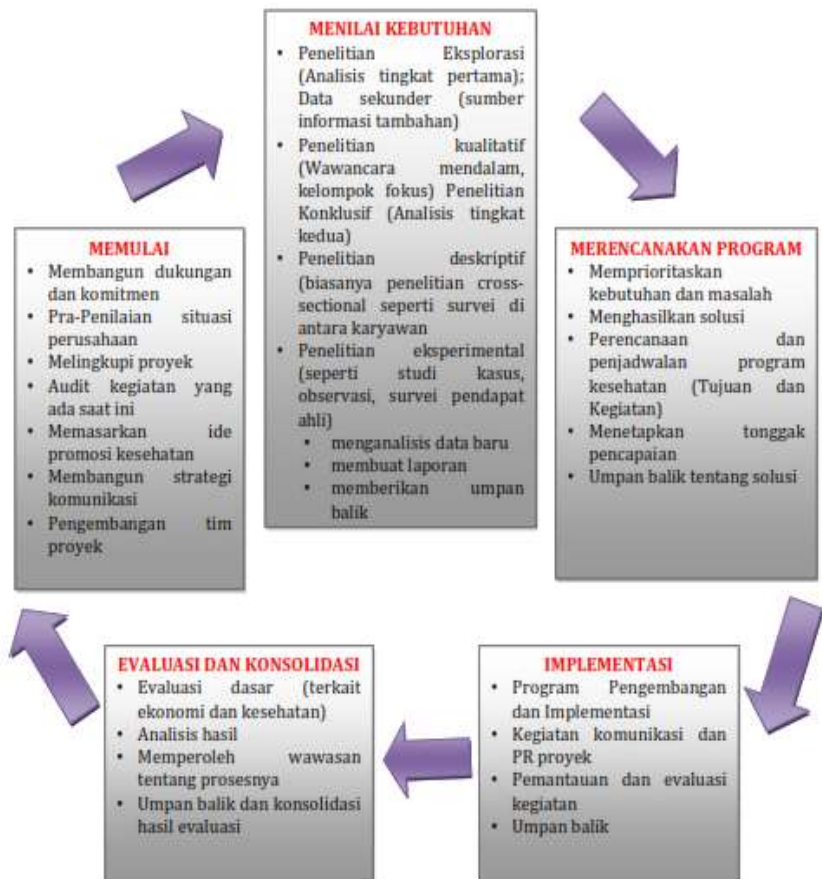
Gambar 12.3. dikaitkan dengan program promosi kesehatan di tempat kerja di Inggris (skala: jumlah studi kasus, n=55)
(Sumber : Price Waterhouse Coopers, 2008)

Skala penghematan biaya tergantung pada situasi tempat kerja dan sifat serta jangkauan program kesehatan. Menurut

Aldana (2001) sebagian besar studi intervensi promosi kesehatan di tempat kerja dievaluasi berdasarkan dampaknya terhadap tingkat ketidakhadiran dan biaya perawatan kesehatan. Pengurangan tingkat ketidakhadiran ditemukan mulai dari 12% hingga 36% untuk peserta program promosi kesehatan di tempat kerja. Pengurangan ini terkait dengan penghematan biaya dengan rasio mulai dari 1:2,5 hingga 1:10,1 yang berarti bahwa untuk setiap dolar yang dibelanjakan untuk program ini, 10,1 dihemat dari berkurangnya biaya yang terkait dengan ketidakhadiran.

12.3.2 Merencanakan Program Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Tahapan dasar program promosi kesehatan di tempat kerja, seperti yang disajikan di bawah ini (gambar 12.4), didasarkan pada siklus manajemen proyek. Siklus ini memberikan pendekatan yang paling komprehensif dan berkelanjutan untuk promosi kesehatan di tempat kerja.



Gambar 12.3. Dasar Blok bangunan dasar dari program WHP berdasarkan siklus manajemen proyek (Sumber : Masanotti, G., Griffiths (2009))

Pendekatan yang terencana dan proaktif dilakukan dalam intervensi promosi kesehatan di tempat kerja. Hal ini dapat dimulai dengan penilaian kebutuhan berdasarkan situasi dan kondisi di tempat kerja, yang kemudian diikuti dengan penentuan prioritas.

Pendekatan ini dapat digambarkan sebagai serangkaian langkah sebagai berikut (Masanotti, 2009):

1. Memulai
2. Menilai kebutuhan
3. Menentukan prioritas
4. Merencanakan program
5. Implementasi, evaluasi, dan konsolidasi

Pada dasar fase 'memulai' terdapat pertanyaan: siapa yang akan mendorong proses promosi kesehatan di tempat kerja ke depan? Oleh karena itu, sangat penting untuk membentuk gugus tugas yang bertanggung jawab untuk mendorong inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pekerja. Idealnya gugus tugas ini bersifat multi-disiplin dan multi-departemen, dan terdiri dari perwakilan dari semua, atau setidaknya sebagian besar, dari kelompok-kelompok berikut ini: - Manajemen senior - Dewan Kerja/Serikat Pekerja/Perwakilan Staf - Departemen sumber daya manusia-Layanan keselamatan dan kesehatan kerja.

Selanjutnya, fase memulai adalah tentang komitmen: mendapatkan komitmen dari manajemen senior dan komitmen dari semua pekerja dengan menyiapkan strategi komunikasi. Agar komitmen tersebut terlihat, komitmen tersebut harus dimasukkan ke dalam nilai-nilai inti organisasi, misalnya dengan menyusun atau memasukkannya kedalam pernyataan kebijakan.

Menilai kebutuhan adalah tahap kedua dari program promosi kesehatan di tempat kerja. Hal ini bertujuan untuk memahami situasi saat ini dan kebutuhan pekerja. Ada beberapa metode dan alat yang tersedia, misalnya melakukan survei, mengorganisir kelompok fokus, dan menganalisis data.

Fokus promosi kesehatan di tempat kerja ditentukan berdasarkan hasil analisis situasi tempat kerja tersebut. Dengan demikian, perencanaan program promosi kesehatan ditempat

kerja perlu mempertimbangkan ketersediaan berbagai sumber daya dalam pelaksanaannya. Perencanaan yang terstruktur dan terkoordinasi dengan baik akan mempermudah pelaksanaan intervensi. Selain itu, rencana harus dikembangkan berdasarkan tujuan yang jelas dan terukur dengan hasil jangka pendek dan jangka panjang. Mengidentifikasi hasil pada tahap perencanaan membuat evaluasi dan monitoring menjadi lebih mudah, sehingga dapat dinilai keberhasilan dari program yang telah dikerjakan.

Tahap implementasi membutuhkan persiapan yang matang untuk memastikan bahwa segala sesuatunya sudah siap, misalnya pelatihan, materi peningkatan kesadaran, untuk mengimplementasikan inisiatif tersebut. Selama fase implementasi, komunikasi yang berkelanjutan diperlukan. Tidak hanya untuk menginformasikan kepada semua orang tentang apa yang sedang terjadi, tetapi juga untuk memberikan visibilitas terhadap program dan komitmen tempat kerja dalam pelaksanaan program promosi kesehatan di tempat kerja.

Agar kemajuan dapat dipantau dan hasilnya dapat di evaluasi dan dikonsolidasikan, sangat penting untuk membangun pemantauan dan peninjauan ke dalam rencanaaksi promosi kesehatan di tempat kerja. Indikator utama yang dapat digunakan untuk mengukur kemajuan termasuk catatan rapat gugus tugas, pencapaian hasil yang diinginkan, ketidakhadiran karena sakit, tingkat kecelakaan dan cedera, dan dalam jangka panjang, data pergantian staf dan tingkat semangat kerja. Pencapaian indikator utama tersebut harus dievaluasi dengan baik sehingga dapat diketahui kekurangan dan kelemahan dalam pelaksanaan promosi kesehatan di tempat kerja. Dengan demikian dapat diketahui tindakan perbaikan secara berkelanjutan yang harus dilaksanakan. Proses ini akan berjalan dengan baik jika dilakukan secara berkesinambungan dan terintegrasi dalam proses perencanaan dan implementasi (Masanotti, 2009).

12.3.3 Faktor Kunci Keberhasilan Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Beberapa penelitian mengenai efektivitas promosi kesehatan di tempat kerja, mendefinisikan kondisi dimana program promosi kesehatan di tempat kerja paling mungkin berhasil (Muylaert, 2007). Kondisi pertama, yang penting dalam seluruh proses pengembangan, implementasi dan pelaksanaan program promosi kesehatan, adalah dukungan dan keterlibatan dari manajemen puncak. Dukungan dan keterlibatan dalam intervensi promosi kesehatan di tempat kerja harus terlihat dan dapat berupa alokasi sumber daya yang diperlukan secara terus menerus, pengesahan tujuan dan sasaran terkait promosi kesehatan, keteladanan, dll.

Program promosi kesehatan di tempat kerja harus disesuaikan dengan kebutuhan tempat kerja dan pekerja. Program harus dirancang untuk memenuhi preferensi, bakat dan persyaratan dari berbagai macam peserta agar dapat berhasil. Secara umum ini berarti bahwa program promosi kesehatan di tempat kerja harus didasarkan pada hasil dari penilaian kebutuhan dan risiko terkait masalah penyakit akibat kerja serta kecelakaan akibat kerja yang terjadi ditempat kerja.

Partisipasi dan keterlibatan pekerja juga merupakan kondisi yang sangat penting. Di satu sisi, pekerja harus mendapatkan kesempatan untuk bersuara dalam seluruh proses pengembangan dan pemeliharaan program promosi kesehatan di tempat kerja dan di sisi lain, pekerja harus didorong untuk berpartisipasi dalam program ini. Keterlibatan pekerja di semua tingkat organisasi dalam perencanaan, implementasi, evaluasi dan kegiatan intervensi harus menjadi prioritas yang diperhatikan.

Program promosi kesehatan di tempat kerja harus dicirikan oleh pernyataan tujuan dan sasaran yang jelas, yang selaras dengan misi tempat kerja dan terintegrasi dalam proses dan prosedur organisasi. Agar promosi kesehatan di tempat kerja tetap ada,

harus ada komunikasi yang terbuka dan berkelanjutan di antara anggota proyek, pekerja, dan manajemen (senior). Setiap anggota organisasi dan semua pemangku kepentingan lainnya harus diberi informasi tentang program promosi kesehatan di tempat kerja. Dapat disimpulkan beberapa faktor kunci keberhasilan program promosi kesehatan di tempat kerja menurut ENWHP (ENWHP, 1999), sebagai berikut :

1. Prinsip promosi kesehatan ditempat kerja harus komprehensif,
2. Adanya dukungan kebijakan tempat kerja,
3. Terintegrasi dalam strategi, sistem, dan proses tempat kerja,
4. Ada dukungan dan keterlibatan aktif dari pihak manajemen,
5. Ada dukungan dan keterlibatan/partisipasi aktif dari para pekerja,
6. Ada komunikasi yang berkelanjutan antara semua pemangku kepentingan,
7. Menggunakan pendekatan terstruktur,
8. Implementasi berdasarkan analisis kebutuhan/atau penilaian risiko,
9. Ada dukungan sumber daya material dan sumber daya manusia yang dibutuhkan,
10. Adanya informasi dan pelatihan tentang promosi kesehatan di tempat kerja,
11. Implementasi berdasarkan langkah yang efektif dan pengetahuan ilmiah,
12. Ada evaluasi dan pemantauan program,
13. Adanya peningkatan berkelanjutan.

Program promosi kesehatan di tempat kerja yang dibangun berdasarkan kriteria ini menawarkan kepada tempat kerja kemungkinan untuk berinvestasi dalam keselamatan dan kesehatan pekerja, yang pada akhirnya akan menjadikan tempat kerja yang aman, sehat dan sukses.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldana, S. 2001. Dampak Finansial dari Program Promosi Kesehatan: "Tinjauan Komprehensif terhadap Literatur." *American Journal of Health Promotion*, 296–320.
- De Greef M., Van den Broek, K. 2004. *Membuat Kasus Promosi Kesehatan di Tempat Kerja*. ENWHP. <http://www.enwhp.org>
- ENWHP. 1999. *Kriteria Kualitas Promosi Kesehatan di Tempat Kerja*. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/quality_criteria.pdf
- ENWHP. 2012. *Jaringan Eropa untuk Promosi Kesehatan di Tempat Kerja*. Deklarasi Luksemburg. http://www.enwhp.org/Luxembourg_Declaration.pdf
- Harris, J., Fries, J. 2006. *Efek Kesehatan dari Promosi Kesehatan', Promosi Kesehatan di Tempat Kerja* (2002 O'Donnell, M., Delmar, Albany (Ed.); Ed). Kedokteran, London, 2006.
- Masanotti, G., Griffiths, J. 2009. *Promosi Kesehatan dan Promosi Kesehatan di Tempat Kerja', Pelatihan WHP, Promosi Kesehatan di Tempat Kerja, Definisi, Metode dan Teknik, Panduan Pelatihan, Romtens Foundation, Bucharest* (pp. 12–72).
- Muylaert, K., Op De Beeck, R., Van den Broek, K. 2007. *Pemeriksaan Kesehatan Perusahaan: Instrumen Untuk Mempromosikan Kesehatan Di Tempat Kerja*. Makalah Tinjauan dan Katalog Kriteria Kualitas, ENWHP. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/7th_Initiative_MoveEU/Review_and_Catalogue_CHC.pdf
- Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan. 1986. *Konferensi Internasional Pertama tentang Promosi Kesehatan*. WHO, Ottawa, Kanada, 17-21 November 1986. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

Price Waterhouse Coopers. 2008. *Membangun kasus untuk kesehatan*. <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-dwp-wellness-report-public.pdf>

BAB 13

KEWIRAUSAHAAN SEBAGAI SALAH SATU METODE PROMOSI KESEHATAN

Oleh Christina Rony Nayoan

13.1 Pendahuluan

Saat ini adalah era kewirausahaan atau entrepreneurship. Laju perubahan terus meningkat secara global dan upaya tradisional untuk mengekstrapolasi dari masa lalu tidak lagi valid. Keberhasilan usaha masyarakat—seperti bisnis—bergantung pada inovasi para pengusaha atau entrepreneur. Konsep pengusaha komersial kini telah diperluas untuk mencakup mereka yang memulai usaha baru atau yang biasa disebut start-up, dan untuk alasan selain keuntungan finansial istilah 'wirausahawan sosial' diciptakan. Sebagai contoh Bromley by Bow Centre di East End of London mulai hidup pada tahun 1984 ketika sebuah jemaat gereja kecil membuka bangunannya yang terbengkalai kepada masyarakat setempat. Saat ini lebih dari 60 proyek promosi kesehatan dijalankan setiap minggu dari Bromley by Bow Centre. Terbebas dari batasan profesional, secara imajinatif mengintegrasikan seni, perawatan kesehatan, pendidikan, lingkungan, perusahaan dan perawatan masyarakat hal-hal tersebutlah yang dikerjakan dalam Bromley by Bow Centre (Mawson, 1997). Centre ini dimulai pada saat terjadi stagnasi politik di Inggris, dan momentum perubahan datang dari komunitas itu sendiri, bukan dari badan hukum atau organisasi

pemerintah yang dimaksudkan untuk mendukung kegiatan sosial masyarakat.

Inisiatif pendirian centre ini adalah hal yang luar biasa tidak hanya karena pendekatan multidisiplin, intersektoral dan holistik, tetapi juga karena lokasinya di salah satu bagian Uni Eropa yang paling tertinggal. Hal inovatif yang terjadi adalah penekanan yang diberikan pada konsep kewirausahaan sosial – mendorong individu untuk menjalankan ide mereka sendiri dan menciptakan fleksibilitas yang cukup untuk memungkinkan orang bereksperimen. Centre ini tumbuh di sekitar energi dan ide cemerlang setiap individu lebih daripada struktur atau sistem yang ada. Tolok ukur kesuksesan adalah ide-ide yang mengarah pada perubahan yang efektif. Ini telah terwujud dalam reorientasi serangkaian layanan sosial, hukum dan kesehatan serta mengembangkan berbagai layanan baru.

13.2 Wirausahawan Sosial atau Social entrepreneur

Kewirausahaan sosial berusaha untuk menciptakan modal sosial di antara masyarakat dengan melatih masyarakat setempat untuk dapat menjadi wirausahawan sosial, memperkuat potensi kelompok dan individu untuk mewujudkan hal-hal baik bagi diri mereka sendiri. Social entrepreneur atau wirausahawan sosial bukan untuk mengelola proyek komersil tetapi untuk menciptakan lingkungan yang akan mendorong berkembangnya visi dan motivasi sosial. Mereka telah mencoba untuk membangun kemitraan berdasarkan mutualitas dan persahabatan, menyadari bahwa kepercayaan antara mitra sangat penting jika kekuasaan dan pengetahuan akan digunakan secara efektif. Bromley By Bow centre adalah model kewirausahaan sosial. Centre ini telah bekerja dari bawah ke atas untuk mengidentifikasi kebutuhan lokal, menggembleng sumber daya

dari semua tingkat pemerintahan dan diterapkan dengan imajinasi dan kemauan untuk mengambil risiko. Ini adalah cara yang benar-benar efektif untuk meregenerasi masyarakat perkotaan' (Mawson, 1997).

Gaskin dan Vincent (1996) mengidentifikasi empat prinsip inti model kewirausahaan social seperti Bromley by bow centre yaitu:

- a. Orientasi terhadap kesehatan, yang ditafsirkan secara luas dan holistik;
- b. Partisipasi aktif dari setiap anggota dan kemampuan menentukan "nasib" sendiri;
- c. Keanggotaan multi-generasi;
- d. Membuka berbagai peluang dan kegiatan secara terpadu.

Kedua ahli tersebut menyimpulkan bahwa keberhasilan inisiatif ini bertumpu pada keterlibatan individu dan organisasi dalam upaya bersama. Hal ini pada gilirannya membutuhkan kerja sama dan komunalitas, pembagian kekuasaan, dan komitmen serta keterlibatan aktor-aktor kunci. Wirausahawan sosial seringkali berada di jantung inisiatif berbasis komunitas semacam itu, menemukan solusi inovatif untuk masalah yang paling dihadapi

masyarakat miskin dan terpinggirkan. Satu studi awal (Thake dan Zadek, 1997) menemukan bahwa individu yang bekerja untuk peningkatan sosial di tingkat masyarakat, dan yang menemukan solusi inovatif untuk masalah yang dihadapi komunitas mereka, memiliki banyak karakteristik yang sama dengan pengusaha komersial. Mereka memiliki fokus yang sama pada visi dan peluang, dan kemampuan yang sama untuk meyakinkan dan memberdayakan orang lain untuk membantu mereka mewujudkan ide-ide mereka tetapi ini dibarengi dengan keinginan untuk keadilan sosial. Wirausahawan sosial menggabungkan aktivisme jalanan dengan keterampilan

profesional, wawasan visioner dengan pragmatisme, dan sarat makna etika dibarengi dengan dorongan taktis.

Para Wirausahawan social ini melihat peluang di mana orang lain hanya melihat bangunan kosong, orang yang menganggur dan sumber daya yang tidak berharga. Wirausahawan sosial biasanya berpindah dari satu proyek ke proyek berikutnya; mereka membangun ide ke dalam proyek kerja bukan sebagai tindakan kekuasaan atau mencari pengaruh dan popularitas, tetapi sebagai ekspresi kreativitas dan nilai-nilai sarat sosial. Untuk menjadi social entrepreneur berbasis komunitas biasanya melalui banyak jalur, seringkali dimulai sebagai paruh waktu aktivis dan bermula dari relawan itu sendiri. Pemikiran baru yang radikal inilah yang membuat wirausahawan sosial berbeda hanya dari orang-orang yang 'baik'. Mereka membuat pasar bekerja untuk orang, bukan sebaliknya, dan mendapatkan kekuatan dari jaringan aliansi yang luas. Mereka dapat 'menumpang batas' antara berbagai retorika politik dan paradigma sosial untuk melibatkan dan menggairahkan semua sektor yang ada di masyarakat.

Ada tiga jenis manfaat yang dapat dibawa oleh wirausahawan sosial ke masyarakat. Dalam jangka pendek mereka dapat membantu menciptakan hal-hal yang baru seperti bangunan, layanan, dan pekerjaan yang sebelumnya tidak ada, tetapi juga dapat meningkatkan aksesibilitas, efektivitas, dan efisiensi layanan yang ada. Dalam jangka menengah mereka dapat bertindak sebagai model yang kuat untuk reformasi kesejahteraan masyarakat dan bangsa yang ada, dan dalam jangka panjang dapat menciptakan dan berinvestasi untuk pengembangan modal sosial. Leadbetter (1997) menganggap yang terakhir sebagai yang paling berharga karena merupakan hubungan jangka panjang, kepercayaan dan etika kerjasama yang memberikan dasar

untuk inovasi yang diperlukan untuk pembangunan sosial dan ekonomi.

13.3 Wirausahawan sosial dan promosi kesehatan

Wirausahawan social akan menjadi vital untuk masa depan pengembangan promosi kesehatan, karena mereka menawarkan suatu cara mengatasi determinan sosial kesehatan dan penyakit melalui tindakan berbasis komunitas. Biasanya layanan 'publik' yang dijalankan secara tradisional terasa kurang efektif dan efisien bila ditargetkan pada kelompok yang terpinggirkan. Wirausahawan sosial, bagaimanapun, hanya akan berkembang jika didukung oleh lingkungan yang tepat, yang sebagian besar akan tercipta oleh pemerintah bersama dengan pihak swasta.

Fleksibilitas yang lebih besar dalam penggunaan sumber daya sektor publik yang ada dan diperlukan untuk memberikan kesempatan bagi kota untuk menanggapi usulan masyarakat yang inovatif. Investasi 'usaha' sejati dari sektor swasta, organisasi lokal dan yayasan juga bisa sangat membantu dalam merangsang inovasi, karena lembaga pemerintah biasanya kurang mampu dan mau mengambil risiko semacam itu. Sejumlah proyek percontohan misalnya, berbagai pendekatan kemasyarakatan dan skema pendanaan dapat menguji kebijakan layanan manusia baru dari pemerintah. Penekanan penting harus diberikan untuk membantu wirausahawan sosial mengelola transisi dari start-up menuju keberlanjutan. Sebagai wirausaha organisasi sosial tumbuh, para wirausahawan ini sering mengalami berbagai kendala manajemen yang dapat menggagalkan perkembangan mereka atau menyebabkan kegagalan mereka. Jika mereka dan juga organisasi pendukung mereka mampu memahami tekanan lebih baik, mereka akan berada dalam posisi yang lebih kuat untuk mengatasi atau menghindarinya. Pendekatan yang mungkin meliputi: pelatihan

kepemimpinan dan manajemen; beasiswa pendidikan seperti short course; skema pendampingan; pengaturan organisasi pendukung atau sister-organization di tingkat lokal, nasional dan internasional; sistem informasi jaringan; dan model praktik yang baik. Banyak di antaranya dapat didukung atau disediakan oleh sektor swasta di tingkat nasional, provinsi, dan lokal.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional atau Bappenas dapat memfasilitasi dan mengoordinasikan tindakan, dan untuk memberikan pelatihan berbasis jarak jauh (Leadbetter, 1997). Mawson (1997) juga menyarankan agar ada jaringan sosial antara pusat inovasi ataupun penelitian di tingkat regional, yang akan bertindak sebagai percontohan untuk ide-ide baru. Thake dan Zadek (1997) menganjurkan agar pemerintah dapat menyediakan Dana Pembangunan Nasional terkhusus untuk Wirausahawan Sosial, yang dipimpin oleh yayasan amal dengan keterlibatan dan dukungan dari sektor swasta, publik dan sukarela. Mungkin tantangan terbesar adalah agar partisipasi warga dalam kegiatan masyarakat diakui, dihargai, dan didukung secara formal. Ini penting tidak hanya untuk memotivasi dan mendorong setiap individu dalam masyarakat, tetapi juga untuk meningkatkan dukungan untuk inisiatif kewirausahaan social yang ada. Pergeseran seperti itu membutuhkan perubahan sikap dan budaya yang mendalam di masyarakat di mana dahulunya status sosial diperoleh hanya melalui pendidikan lanjutan dan/atau pekerjaan bergaji tinggi, namun tidak lagi di era sekarang. Perlu adanya akses ke sumber-sumber pendapatan baru bersama dengan kesempatan pelatihan jika ingin menarik dan memelihara sukarelawan pada organisasi-organisasi nirlaba. Oleh karena itu ada ruang lingkup yang cukup besar untuk lebih penelitian dan pengembangan yang relevan di bidang kewirausahawan social dan termasuk kumpulan studi

kasus proyek kewirausahaan social kesehatan antara kelompok sosial dan budaya yang berbeda.

Pemahaman yang lebih besar tentang peran dan kontribusi wirausahawan sosial menunjukkan bahwa kita bisa menjadi penggerak dalam evolusi berpikir tentang bagaimana kesehatan dapat diciptakan dan terawat. Begitu banyak elemen yang berbeda muncul untuk datang bersama-sama untuk memulai secara kualitatif pergeseran budaya pelayanan kesehatan dan promosi kesehatan. Pendekatan tradisional untuk 'kesejahteraan negara ' semakin menurun secara global, dan sebagai tanggapan diperlukan cara-cara baru menciptakan kesehatan dan masyarakat yang berkelanjutan. Pendekatan peningkatan kesehatan secara berkelanjutan ini menantang sistem sosial, ekonomi dan politik negara kita untuk merespons dengan lingkungan baru, kreatif dan efektif yang mendukung dan menghargai terjadinya perubahan. Dari hasil penelitian terbaru yang tersedia, saat ini contoh penawaran kewirausahaan sosial yang menarik cara-cara baru untuk mewujudkan potensi individu dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan.

Sebagai sebuah konsep dan praktik, kewirausahaan sosial secara luas mengacu pada individu, organisasi, atau jaringan, termasuk nirlaba, dan lembaga berbasis amal, yang menggunakan pendekatan inovatif, hemat, dan komunitas atau pengguna yang dirancang bersama, untuk mengatasi tantangan sosial atau struktural yang dihadapi populasi, pasar ekonomi, sektor publik nasional, dan pemerintah. Kewirausahaan sosial bukanlah hal baru di sektor kesehatan. Ini sering dianggap sebagai kegiatan sektor swasta di luar sistem kesehatan publik formal sebagai pesaing dan mitra pelengkap dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Memang,

telah ada banyak contoh positif tentang bagaimana kewirausahaan sosial digunakan untuk memberikan layanan kesehatan dan perawatan sosial, untuk melengkapi arus utama penyediaan publik dan meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam desain layanan, khususnya dalam konteks kelangkaan sumber daya dan bagi masyarakat pedesaan.

Pada negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, program kewirausahaan sosial memiliki potensi untuk meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas ke perawatan kesehatan berkualitas menggunakan strategi yang ditargetkan untuk membentuk layanan, keberlanjutan, dampak sosial dan organisasi mereka. Di tengah berkurangnya bantuan pembangunan dan meningkatnya tekanan bagi pemerintah pusat untuk memobilisasi sumber pembiayaan kesehatan daerah, kewirausahaan sosial dapat hadir sebagai pelengkap pembiayaan kesehatan strategi untuk memobilisasi sumber daya keuangan tambahan untuk sistem kesehatan nasional-surplus keuangan dapat diinvestasikan kembali untuk mempertahankan, meningkatkan, atau memperluas cakupan program kesehatan. Dalam pekerjaan yang didanai oleh hibah atau donasi, kewirausahaan sosial seringkali merupakan inisiatif lintas sektoral yang membuka potensi pembiayaan bersama intersektoral dari intervensi yang memberikan keuntungan kesehatan oleh penyandang dana 'non-kesehatan'. Jendela peluang ini tercipta untuk mengejar pendekatan kewirausahaan sosial, dan dengan jaringan wirausahawan sosial yang berusaha untuk membebaskan aliran informasi antara dan di dalam sektor kesehatan dan pemangku kepentingan yang berbeda-beda.

Saat ini semakin banyak dunia usaha nirlaba kontemporer mengadopsi pendekatan kesadaran sosial melalui '*Corporate Social Responsibility* (CSR). Namun, prioritas dari misi sosial membedakan perusahaan sosial dan kewirausahaan

social dari perusahaan-perusahaan ini, di mana maksimalisasi keuntungan dan pemegang saham penciptaan nilai tetap menjadi tujuan akhir, bahkan dalam keterlibatan CSR. Selaras dengan meningkatkannya nilai kesadaran sosial adalah pencapaian dampak. Konseptualisasi dan pengukuran dampak sosial dalam kewirausahaan sosial saat ini sedang berkembang, terkhususnya dampak dalam bidang kesehatan dalam populasi fokus yang dituju dan pergeseran sistemik yang diakibatkannya dari intervensi kesehatan yang dikerjakan oleh kewirausahaan sosial. Walaupun masih terdapat kesenjangan yang ada dalam mencapai dan mengukur dampak kewirausahaan sosial terhadap lintas sektor.

Dampak kewirausahaan social adalah Inovasi mengacu pada model, aktivitas, produk, dan layanan organisasi yang baru, adaptif konteks, dan kreatif yang menangani masyarakat tantangan atau memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi, terutama dalam terlayani atau komunitas yang terpinggirkan. Dalam perawatan kesehatan, ada banyak studi kasus inovasi kesehatan, berakar secara sosial, diciptakan bersama atau berbasis komunitas atau warga lokal, dilaksanakan secara lintas sektoral, berbiaya rendah yang menjembatani kesenjangan dalam pemberian layanan dan memenuhi kebutuhan keterjangkauan dalam rangkaian kelangkaan sumber daya kesehatan. Inovasi seringkali membutuhkan kolaborasi di tingkat individu atau organisasi, menyatukan perspektif yang berbeda dari komunitas, inovator, peneliti, dan pembuat kebijakan, memanfaatkan pengalaman hidup yang berbeda, pengetahuan yang mendalam, dan pelatihan disipliner. Orientasi pasar mengacu pada model bisnis yang digunakan untuk memastikan kesinambungan keuangan dan respons terhadap tekanan pasar yang kompetitif. Fitur-fitur tersebut yang membedakan banyak perusahaan sosial dari

model organisasi nirlaba tradisional yang mengandalkan terutama pada sumber pendanaan filantropis atau eksternal.

13.4 Kewirausahaan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Entrepreneurship*)

Dalam beberapa dekade terakhir, wirausahawan sosial telah muncul di mana pemerintah dan pasar dunia telah gagal memenuhi kebutuhan dasar akan air, sanitasi, perawatan kesehatan primer, atau perawatan spesialis. Dalam penelitian sebelumnya (Santos, 2012), tercatat bahwa wirausahawan sosial memiliki serangkaian praktik yang sama, menerapkan pendekatan bisnis dan kewirausahaan untuk memecahkan masalah sosial pada populasi yang kurang beruntung. Wirausaha sosial adalah bukan profesi yang dapat dikelompokkan secara spesifik, tetapi adalah seperangkat praktik yang melambangkan kewirausahaan sosial, seperti diuraikan di bawah ini. Bentuknya tidak seperti badan amal, wirausahawan sosial biasanya tidak mengandalkan sumbangan atau bantuan sebagai sumber pendanaan utama mereka. Tujuan usaha sosial untuk menjadi mandiri dengan mengembangkan model bisnis yang layak dari berbagai aliran dukungan finansial dan nonfinansial. Wirausahawan sosial sering terlibat dengan komunitas yang ingin mereka layani, melibatkan mereka sebagai mitra atau menawarkan solusi. Karena mereka berinteraksi dengan berbagai kelompok pemangku kepentingan, wirausahawan sosial cenderung melihat masalah dalam konteks nyatanya dan mengakui keterkaitan antara faktor kesehatan dan non-kesehatan, misalnya antara kurangnya pendidikan dan perilaku pencarian kesehatan, atau kemiskinan dan sakit penyakit. Daripada menyediakan produk dan layanan gratis, pengusaha sosial mengembangkan solusi hemat untuk memberikan perawatan kesehatan dan pelayanan jasa sosial. Fokus ganda pada keterjangkauan sambil memberdayakan atau mendidik komunitas

memungkinkan wirausahawan sosial untuk mempertahankan hasil kerja program mereka.

Organisasi yang didirikan oleh wirausahawan sosial disebut usaha sosial (*Social venture*), sebagai pengakuan atas keberanian untuk mengambil risiko dan jiwa kewirausahaan mereka. Seperti usaha bisnis lainnya, wirausaha sosial juga mungkin gagal. Bahkan tingkat kegagalan mungkin lebih tinggi di antara usaha sosial daripada di dunia usaha bisnis, karena mereka sering menghadapi tantangan di mana telah terjadi kegagalan pemerintah atau pasar. Di kebanyakan negara, usaha sosial tidak memiliki kategori pendaftaran bisnis yang berbeda dengan usaha bisnis lainnya. Kadangkala, mereka dapat didaftarkan sebagai entitas nirlaba, atau entitas hibrida dengan struktur nirlaba dan nirlaba terpisah. Diseluruh dunia ada beberapa contoh (Drayton, Brown & Hillhouse, 2006) dari wirausaha sosial yang berhasil dalam berinovasi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan medis yang beragam, seperti: kesehatan pedesaan oleh Asosiasi Pengembangan Kependudukan dan Masyarakat Thailand, air dan sanitasi oleh Organisasi Toilet Dunia, oftalmologi oleh Sistem Mata Aravind, dan bedah kardiovaskular oleh Narayana Health.

Kewirausahaan kesehatan masyarakat dibangun di atas momentum yang dihasilkan oleh kewirausahaan sosial, yang telah memperoleh daya tarik yang signifikan selama dekade terakhir. Gagasan bahwa, sebagai wirausahawan, seseorang dapat berhasil ekonomi dan melakukan yang benar oleh masyarakat sangat menarik. Mencapai double bottom line ini memuaskan keinginan banyak pengusaha untuk swasembada dan dampak sosial. Definisi Dees (1998) yang banyak dikutip tentang kewirausahaan sosial berpendapat: Social entrepreneur berperan sebagai agen perubahan sektor sosial dengan (1) mengadopsi misi untuk menciptakan dan mempertahankan nilai sosial (bukan hanya nilai pribadi); (2) mengenali dan tanpa henti mengejar peluang baru ikatan untuk melayani misi itu; (3) terlibat dalam proses inovasi

berkelanjutan, adaptasi, dan pembelajaran; (4) bertindak berani tanpa dibatasi oleh sumber daya saat ini; dan (5) menunjukkan rasa akuntabilitas tinggi kepada populasi yang dilayani dan untuk hasil yang diciptakan.

Sebagai bidang yang masih baru, kewirausahaan sosial sangat luas dalam bidangnya dan mencakup usaha mulai dari pendidikan pengembangan tenaga kerja, pekerjaan umum, dan keuangan mikro untuk energi bersih dan inisiatif kesehatan global. Kesehatan telah, dan terus menjadi, aspek sentral dari kewirausahaan sosial; misalnya, Pekerjaan Perumahan menggunakan keuntungan dari usaha bisnis yang lebih kecil untuk mendanai organisasi misi nasional untuk mengakhiri tunawisma dan membantu orang hidup dengan HIV/AIDS. (Lim & Chia, 2016) Meskipun kesehatan pada dasarnya bersifat sosial, fokus pada kesehatan masyarakat cukup unik untuk mendapat manfaatnya tersendiri. Kewirausahaan kesehatan masyarakat merangkum perusahaan yang berakar pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pelayanan kesehatan, dan determinan sosial kesehatan. Oleh karena itu, wirausahawan kesehatan masyarakat akan tetap mengikuti lima prinsip yang diuraikan oleh Dees, tetapi dengan penekanan khusus pada pencapaian dampak kesehatan. Beberapa contoh sukses terkait kewirausahaan kesehatan masyarakat telah muncul di beberapa literatur kesehatan (Saebi, Foss & Linder, 2018), tetapi lebih banyak yang harus dilakukan untuk mempromosikan kesehatan masyarakat (Wu, Wu & Sharpe, 2020).

13.5 Panggilan Untuk Inovasi Dalam Kurikulum Kesehatan Masyarakat

Saat ini diperlukan pelatihan bagi kewirausahaan kesehatan masyarakat dengan keterampilan yang diperlukan untuk mengembangkan usaha terkait kesehatan menangani yang paling mendesak masalah kesehatan dan sosial dengan fokus yang digerakkan oleh pasar atau marketplace yang ada. Bentuk spesifik

yang harus dimiliki oleh lulusan kesehatan masyarakat adalah pelatihan untuk membentuk inisiatif kewirausahaan yang mungkin akan diberikan secara bervariasi sesuai dengan kapasitas sekolah atau program belajar, tetapi akan memerlukan pendekatan interdisipliner dan dengan latar belakang lintas profesional. Usaha kesehatan masyarakat melalui pemberian pelatihan yang dilaksanakan melalui kolaborasi dengan pengusaha yang berpengalaman dan dengan keahlian dalam bisnis dan bidang terkait. mengadopsi model pelatihan yang mengkatalisasi kewirausahaan sosial dan inovasi untuk meningkatkan kesehatan (Yale University, 2016). Ada tiga domain yang harus diadopsi perguruan tinggi dan program kesehatan masyarakat untuk memberikan pelatihan kaitannya dengan kewirausahaan sosial: (1) hukum dan struktur peraturan; (2) pemasaran dan komunikasi; dan (3) keuangan, riset pasar, dan evaluasi.

Institusi kesehatan masyarakat dan perawatan kesehatan memiliki kerangka peraturan dan hukum tertentu, dan pertimbangan etika terkait yang berbeda dari bidang lain. Peserta didik akan belajar untuk mengidentifikasi struktur hukum perusahaan yang relevan dan akan memperoleh keterampilan dalam menavigasi proses dan sistem hukum yang rumit termasuk memulai kemitraan, menafsirkan risalah, dan memahami hak kekayaan intelektual. Branding meningkatkan kesuksesan perusahaan mana pun melalui pesan terstruktur untuk mendorong produk penjualan. Peserta didik kesehatan masyarakat akan belajar tentang pasar dan komunikasi dalam konteks promosi kesehatan dan komunikasi dengan fokus market-driven. Mereka akan belajar menerapkan branding, digital pemasaran, dan kampanye media sosial untuk produk dan pelayanan yang mempromosikan kesehatan. Selain itu, teori dan pendekatan kesehatan masyarakat akan digunakan untuk menargetkan inisiatif dan memahami dampaknya.

DAFTAR PUSTAKA

- Dees JG. 1998. The meaning of social entrepreneurship. Available from: [URL:http://www.caseatduke.org/documents/dees_sedef.pdf](http://www.caseatduke.org/documents/dees_sedef.pdf)
- Drayton W, Brown C, Hillhouse K. 2006. Integrating social entrepreneurs into the “health for all” formula. Bulletin World Health Organisation No 84:591.
- Farmer J, Kilpatrick S. 2009. Are rural health professionals also social entrepreneurs? Social Science Medicine Vol 69:1651-8.
- Gaskin, K. and Vincent, J. 1996. Co-operating for health: the potential contribution of the co-operative movement and community well being centres to Health of the Nation activities. Centre for Research in Social Policy, Loughborough University
- Leadbetter, C. 1997. The Rise of the Social Entrepreneur. Paper No. 25. Demos, London.
- Lim Y, Chia A. 2016. Social entrepreneurship: Improving global health. JAMA. Vol 315 (22):2393-2394. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4400>
- Mawson, A. 1997. *Bromley by Bow Centre Annual Report 1995 - 1996*. Bromley by Bow Centre, London.
- Saebi T, Foss NJ, Linder S. 2018. Social entrepreneurship research: Past achievements and future promises. Journal Management Vol 45(1):70-95.
- Santos FM. 2012. A Positive Theory of Social Entrepreneurship. Journal Business Ethics Vol 111(3):335-351. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1413-4>
- Thake, S. and Zadek, S. 1997. Practical People Noble Causes: How to Support Community-based Social Entrepreneurs. New Economics Foundation, London.

- Wu YJ, Wu T, Sharpe J. 2020. Consensus on the definition of social entrepreneurship: a content analysis approach. *Management Decision* Vol 58(12): 2593-2619.
- Yale University. 2016. *Innovate Health Yale: a program in social impact and entrepreneurship*.

BAB 14

KAJIAN STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS

Oleh Ilham Zulfikar

14.1 Standar Akreditasi Puskesmas

Standar Akreditasi Puskesmas Tahun 2023 telah diterbitkan dengan diundangnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia atau Kepemenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi PUSKESMAS (Pusat Kesehatan Masyarakat), diterbitkan dengan tujuan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 5 ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Pada Diktum KESATU Kepemenkes Tahun 2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat menyatakan Menetapkan Standar Akreditasi Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Standar Akreditasi Puskesmas sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

Diktum KEDUA Kepemenkes Tahun 2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat Menyatakan bahwa Standar Akreditasi Puskesmas senagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi sebuah acuan bagi Kementerian

KETIGA	Kepemenkes	Nomor
HK.01.07/MENKES/165/2023	Tentang Standar Akreditasi PUSKESMAS (Pusat Kesehatan Masyarakat)	menyatakan bahwa Standar Akreditasi Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU terdiri atas kelompok:
a) Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas;	b) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi pada Upaya Promotif dan Preventif;	c) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan, Laboratorium, dan Kefarmasian; d) Program Prioritas Nasional; e) Peningkatan Mutu Puskesmas.

Diktum	KELIMA	Kepemenkes	Nomor
HK.01.07/MENKES/165/2023	Tentang	Standar	Akreditasi
PUSKESMAS (Pusat Kesehatan Masyarakat) menyatakan bahwa Pemerintah Pusat, pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Standar Akreditasi Puskesmas berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.			

244

14.2 Pertimbangan Diterbitkannya KMK Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat

Pertimbangan utama dikeluarkannya Kepmenkes ini disebutkan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 5 ayat (3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Sementara beberapa ketentuan hukum yang dirujuk sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter.

Beberapa ketentuan sesuai Kepmenkes ini, antara lain:

1. Menetapkan Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Standar Akreditasi Puskesmas sebagaimana tercantum dalam Lampiran
2. Standar Akreditasi Puskesmas diadopsi, menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, pusat kesehatan masyarakat, lembaga penyelenggara akreditasi, dan pemangku kepentingan terkait dalam menyelenggarakan akreditasi Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
3. Standar Akreditasi Puskesmas tersebut terdiri atas kelompok:
 - a. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas;
 - b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi pada Upaya Promotif dan Preventif;
 - c. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan, Laboratorium, dan Kefarmasian;
 - d. Program Prioritas Nasional; dan
 - e. Peningkatan Mutu Puskesmas.
 - f. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan di atas dilaksanakan secara terintegrasi.
 - g. Pemerintah Pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Standar Akreditasi Puskesmas berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - h. Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, yaitu 15 Maret 2023.

14.3 Kajian Standar Akreditasi Puskesmas Tahun 2023

A. Latar Belakang

Dalam rangka mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC), upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat, kebijakan dan pelaksanaan yang melibatkan lintas sektor, dan pelayanan kesehatan terpadu yang memprioritaskan kesehatan masyarakat.

Mutu menjadi ciri fundamental dari UHC, tujuh dimensi mutu yaitu: *effective, safe, people-centered, timely, efficient, equitable*, dan/atau *integrated*.



Gambar 14.1. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care* (PHC)) merupakan salah satu pilar utama dalam agenda transformasi sistem kesehatan nasional yang saat ini sedang disusun oleh Tim Transformasi Kesehatan, Kementerian

Kesehatan. Salah satu elemen penguatan PHC adalah terbangunnya kerangka kerja peningkatan mutu pelayanan (*quality framework*) melalui suatu system akreditasi fasilitas kesehatan primer yang kuat dan dengan manajemen yang baik sesuai dengan standar internasional.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai bagian integral dari fasilitas pelayanan kesehatan primer harus dapat menjawab tantangan utama pelayanan kesehatan dasar yaitu menyediakan dan memelihara keberlangsungan mutu pelayanan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah melalui akreditasi. Tujuan akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan dan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan bagi pasien dan masyarakat secara berkesinambungan dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Sistem akreditasi pelayanan kesehatan primer telah dibangun sejak tahun 2015, dengan diundangkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan dimaksud, dinyatakan bahwa akreditasi puskesmas dilakukan setiap 3 (tiga) tahun.

Selain itu di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, diatur bahwa selain harus memenuhi persyaratan untuk dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat termasuk puskesmas juga harus telah terakreditasi. Berdasarkan data Komisi Akreditasi FKTP sampai dengan 31 Desember 2020, capaian akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebanyak 56,3% (9.332 dari 16.568 FKTP).

Dari data tersebut jumlah Puskesmas terakreditasi sebanyak 89,7% (9.153 dari 10.203 Puskesmas), yang tersebar di 34 provinsi. Data sebaran status kelulusan akreditasi puskesmas, jumlah terbesar adalah terakreditasi madya 55,3% (5.068 Puskesmas), sementara untuk tingkat kelulusan akreditasi tertinggi yaitu terakreditasi paripurna jumlahnya masih sangat sedikit yaitu 3% (239 Puskesmas), selebihnya berada di kelulusan tingkat dasar sebanyak 24% (2.177 Puskesmas), dan utama sebanyak 18% (1.669 Puskesmas).

Tingkat kelulusan akreditasi paripurna merupakan representasi dari FKTP yang mampu memberikan pelayanan kesehatan bermutu, sehingga jika melihat dari capaian tersebut, masih diperlukan upaya besar dan komprehensif serta dukungan dari berbagai pihak termasuk stakeholder terkait agar seluruh FKTP dapat mencapai tingkat kelulusan tertinggi yaitu terakreditasi Paripurna.

Situasi Pandemi COVID-19 yang melanda seluruh dunia termasuk Indonesia, mengakibatkan kendala dalam pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas. Namun demikian memperhatikan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/652/2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada prinsipnya terdapat relaksasi dalam pelaksanaan akreditasi antara lain kegiatan persiapan dan survei akreditasi yang dapat dilakukan secara daring dan/atau luring, serta pengakuan terhadap

sertifikat akreditasi yang sebelumnya telah habis masa berlakunya dan pengakuan terhadap pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu.

Seiring dengan upaya perbaikan sistem kesehatan, saat ini sudah ditetapkan transformasi sistem pelayanan kesehatan yaitu transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi sistem ketahanan kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi teknologi kesehatan. Berbagai upaya dilakukan untuk mendukung pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas yaitu penyesuaian baik dalam sistem penyelenggaraan akreditasi maupun penyempurnaan dalam standar akreditasi puskesmas melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

Penyempurnaan standar akreditasi puskesmas juga telah dilakukan dalam rangka menyederhanakan pelaksanaan akreditasi yang disesuaikan dengan era Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB).

Diharapkan melalui penyempurnaan Standar Akreditasi Puskesmas dengan memperhatikan kebijakan di tingkat nasional dan perkembangan mutu pelayanan pada tingkat global, maka implementasi standar akreditasi dalam survei akreditasi puskesmas akan meningkatkan pemahaman dan memudahkan puskesmas mencapai tingkat kelulusan tertinggi (Paripurna), dan juga meningkatkan kredibilitas (*credibility*), penerimaan (*acceptability*), kompetensi, hingga pengakuan secara global (*global recognition*).

Dinyatakan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, bahwa standar ini dirancang berdasarkan penilaian dalam akreditasi puskesmas yang menekankan pada fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi puskesmas. Dikelompokkan berdasarkan

penyelenggaraan pelayanan di puskesmas yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, kebijakan terkait dengan program prioritas nasional dan peningkatan mutu di puskesmas. Fungsi-fungsi tersebut berlaku untuk semua puskesmas, baik yang berada di perotan, pedesaan, terpencil dan sangat terpencil.

Standar ini diterapkan kepada seluruh puskesmas termasuk unit-unit pelayanan yang ada didalamnya. Proses survey mengumpulkan informasi terkait kepatuhan terhadap standar di seluruh unit pelayanan di puskesmas dan keputusan akreditasi didasarkan pada tingkat kepatuhan puskesmas secara keseluruhan.

B. Gambaran Umum Standar

Standar ini dirancang berdasarkan penilaian dalam akreditasi puskesmas yang menekankan pada fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi puskesmas. Dikelompokkan berdasarkan penyelenggaraan pelayanan di puskesmas yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, kebijakan terkait dengan program prioritas nasional dan peningkatan mutu di puskesmas.

Fungsi-fungsi tersebut berlaku untuk semua puskesmas, baik yang berada di perkotaan, pedesaan, terpencil, dan sangat terpencil.

Standar ini diterapkan kepada seluruh puskesmas termasuk unit-unit pelayanan yang ada didalamnya. Proses survei mengumpulkan informasi terkait

kepatuhan terhadap standar di seluruh unit pelayanan di puskesmas, dan keputusan akreditasi didasarkan pada tingkat kepatuhan puskesmas secara keseluruhan.

C. Tujuan

1. Mendorong pusat kesehatan masyarakat untuk menerapkan standar akreditasi dalam rangka meningkatkan dan menjaga kesinambungan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di pusat kesehatan masyarakat.
2. Memberikan acuan bagi pusat kesehatan masyarakat dan pemangku kepentingan terkait dalam penyelenggaraan akreditasi pusat kesehatan masyarakat.

D. Ruang Lingkup

1. Standar akreditasi Puskesmas diberlakukan bagi semua Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap.
2. Standar akreditasi Puskesmas meliputi bab, standar, kriteria, pokok pikiran dan elemen penilaian di setiap kriteria.

E. Struktur Standar Akreditasi

1. Bab
Bab merupakan pengelompokan fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi puskesmas berdasarkan penyelenggaraan pelayanan di puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Standar
Standar di dalam standar akreditasi puskesmas mendefinisikan harapan, struktur, atau fungsi-fungsi kinerja yang harus ada agar dapat diakreditasi oleh

Kementerian Kesehatan. Selama proses survei di tempat (*on site survey*), dilakukan penilaian terhadap standar ini.

3. Kriteria

Kriteria dari suatu standar menjabarkan makna sepenuhnya dari standar. Kriteria akan mendeskripsikan tujuan dari sebuah standar, memberikan penjelasan isi standar secara umum, serta upaya pemenuhan standar.

4. Pokok Pikiran

Pokok pikiran dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Pokok pikiran akan mendeskripsikan tujuan dan rasionalisasi dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk ketentuan-ketentuannya, atau memberikan “gambaran tentang ketentuan dan tujuan-tujuannya.

5. Elemen Penilaian

Elemen Penilaian (EP) adalah standar yang mengindikasikan apa yang akan dinilai dan diberi nilai (score) selama proses survei di tempat. Elemen penilaian untuk masing-masing standar mengidentifikasi persyaratan yang dibutuhkan untuk memenuhi kepatuhan terhadap standar. Elemen penilaian dimaksudkan untuk memperjelas standar dan membantu organisasi memahami persyaratan, mengedukasi kepemimpinan, pimpinan puskesmas, praktisi pelayanan kesehatan, dan staf mengenai standar, serta memberikan arahan untuk persiapan akreditasi. Pada setiap elemen penilaian dilengkapi dengan informasi tentang cara pemenuhan dan/atau penilaian elemen penilaian tersebut. Informasi

tersebut menggunakan singkatan kode RDOWS, yang memiliki kepanjangan dan arti sebagai berikut.

- a. Kode R adalah regulasi, yang berarti pemenuhan dan/atau penilaian EP tersebut melalui penyediaan dokumen regulasi, yaitu surat keputusan, pedoman/panduan, kerangka acuan, dan/atau standar operasional prosedur.
- b. Kode D adalah dokumen, yang berarti pemenuhan dan/atau penilaian EP tersebut melalui penyediaan dokumen bukti, seperti undangan pertemuan, notula pertemuan, daftar hadir, sertifikat, dan sebagainya
- c. Kode O adalah observasi, yang berarti penilaian EP tersebut melalui proses observasi atau pengamatan.
- d. Kode W adalah wawancara, yang berarti penilaian EP tersebut melalui proses wawancara.
- e. Kode S adalah simulasi, yang berarti penilaian E P tersebut melalui proses simulasi atau peragaan

DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2020 – 2024
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/I/3991/2022 Tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/D/4871/2023 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/D/4871/2023 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/I/105/2023 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Klinik
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah

Badan Penelitian Dan Pengembangan Hukum Dan Hak Asasi
Manusia: Buku Saku Kode Etik Dan Kode Perilaku Pegawai
(Tahun 2020)

BIODATA PENULIS



Iseu Siti Aisyah

Dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi

Penulis lahir di Bandung pada tanggal 24 Juni 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 di Institut Pertanian Bogor jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga tahun 2004, dan menyelesaikan S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran tahun 2009. Saat ini sedang menempuh pendidikan S3 bidang Ilmu Gizi di Institut Pertanian Bogor.

Penulis aktif mengajar mata kuliah Gizi Masyarakat, Ilmu Gizi Dasar, Metablisme Gizi Mikro, Masalah Gizi Ganda dan Isu Diet Mutakhir. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang Gizi dan Kesehatan Masyarakat, yang artikelnya telah dipublikasikan di jurnal Nasional terakreditasi. Saat ini penulis mendapat tugas tambahan sebagai Wakil Dekan II bidang administrasi Umum dan Keuangan.

BIODATA PENULIS



Nurlindawati,S.K.M.,M.Kes

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sumber Waras

Penulis lahir di Bengkulu Utara, pada 14 Juni 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sumber Waras. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Baiturrahmah Padang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang. Wanita yang akrab disapa Linda ini adalah anak dari pasangan Warsono (Ayah) dan Jumiati (Ibu). Nurlindawati bukanlah orang baru di dunia Pendidikan Tanah Air. Sejak 2002-2008 Linda kerap mendapatkan juara umum. Pengalaman kerja relatif beragam, antara lain sebagai Guru di SMK Farmasi dan keperawatan gigi pada tahun 2013-2017, Dosen di STIKes Widya Cipta Husada Malang, pada tahun 2019, STIKes Indonesia Padang, 2020, dan STIKes Sumber Waras 2021 hingga Sekarang.

BIODATA PENULIS



Nova Oktavia, SKM, MPH

Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKes Muhammadiyah Kuningan

Penulis lahir di Bengkulu tanggal 20 Oktober 1980. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) di STIKes Muhammadiyah Kuningan. Menyelesaikan S1 jurusan Kesehatan Masyarakat di STIKes Bhakti Husada Bengkulu dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Peminatan Epidemiologi Lapangan (EL/FETP) Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sejak menjadi Dosen dari tahun 2013, penulis menekuni mata kuliah Biostatistik dan Metodologi Penelitian. Ilmu Kesehatan dan Masyarakat, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, . *Book Chapter* ini merupakan buku kolaborasi yang pertama kali ditulis yang berkaitan dengan materi perkuliahan pada mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat

BIODATA PENULIS



Febriantika, S.K.M., M.K.M.

Dosen Program Studi Analis Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nahdlatul Ulama
Sumatera Utara (UNUSU)

Penulis lahir di Medan tanggal 10 Februari 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi Analis Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nahdlatul Ulama Sumatera Utara.

Menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Prodi Kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Adiksi yang telah ditekuni sejak tahun 2017 sebagai Konselor disalah satu Rumah Sakit milik Pemerintah, penulis juga aktif dibidang pencegahan program adiksi yang berfokus kepada program keluarga

BIODATA PENULIS



Sintikhewati Yenly Sucipto, SKM., M.Kes
Dosen STIKES Panti Wilasa Semarang

Penulis lahir di Kabupaten Semarang pada tanggal 13 September 1988. Meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2013 dan Magister Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2015. Sejak tahun 2010 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Program Studi Diploma Tiga Kebidanan STIKES Panti Wilasa Semarang dan sejak tahun 2019 menjadi dosen tamu di Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit di kampus yang sama. Bidang kajian yang ditekuni meliputi promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan kebidanan komunitas.

BIODATA PENULIS



Dian Jayantari Putri K. Hedo, S. Psi., M. Kes.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Penulis lahir di Denpasar pada 20 Juli 1991. Pada tahun 2009 penulis menempuh pendidikan S1 di Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Kemudian pada tahun 2020 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Pendidikan, Perilaku, dan Promosi Kesehatan. Penulis berprofesi sebagai praktisi di BKKBN sejak tahun 2017 hingga sekarang. Penulis memulai ketertarikannya di bidang penulisan ilmiah pada tahun 2020. Penulis telah menyelesaikan beberapa penulisan ilmiah yang berupa 20 jurnal penelitian dan 15 terbitan buku. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah dan memperoleh penghargaan atas artikelnya sebagai makalah dan penyaji lisan terbaik pada *International Conference on Public Health* tahun 2021 di Universitas Sebelas Maret, Surakarta dan pada *Strada International Conference on Health* tahun 2021 di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia. Tema riset yang penulis minati adalah di bidang Psikologi Positif, Psikologi Kesehatan, Psikologi Perkembangan, Perilaku Kesehatan, serta Promosi Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Muhammad Ridha Afdhal, S.KM., MPH,

Dosen di Politeknik Kesehatan Megarezky Makassar pada program Studi D-IV Promosi Kesehatan

Muhammad Ridha Afdhal, S.KM., MPH, lahir pada 22 Mei 1993 di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan. Penulis menempuh pendidikan di SDN. Panaikang II Makassar (1999-2005), kemudian melanjutkan pendidikan di Pondok Pesantren DDI-Mangkoso mulai dari jenjang Madrasah I'dadiyah hingga Madrasah Aliyah (2005-2012). Selanjutnya Penulis mengambil studi sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Promosi Kesehatan di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (2012-2016) dan Master of Public Health di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan konsentrasi yang sama yaitu Health Promotion/Promosi Kesehatan (2017-2019).

Penulis bekerja sebagai tenaga Dosen di Politeknik Kesehatan Megarezky Makassar pada program Studi D-IV Promosi Kesehatan sejak tahun 2022-sekarang. Sehari-hari penulis disibukkan dengan kegiatan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada Masyarakat yang berfokus pada aspek promosi Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Dr. Lukman Waris

Dosen Univ. Faletahan Banten

Penulis lahir di Maros Sulawesi Selatan, 22 Desember 1968 dan saat ini berkarir sebagai dosen tetap pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Faletahan Banten. Menyelesaikan pendidikan S1 Epidemiologi Univ. Hasanuddin Makassar tahun 1992, S2 Magister Manajemen Rumahsakit Fak. Kedokteran UGM Yogyakarta tahun 1999, Tahun 2002, melalui proyek *Intensified Communicable Disease Control-Asian Development Bank* (ICDC-ADB) penulis menyelesaikan S2 Magister Epidemiologi Kesling Univ. Indonesia Jakarta dan S3 Doktor Epidemiologi Univ. Indonesia Jakarta tahun 2017. Penulis juga pernah mengikuti *Clinical Tropical Medicine Course di School of Medicine, Mahidol University Bangkok, Thailand*. Semua Jenjang pendidikan pasca sarjana yang dilalui penulis adalah tugas belajar yang pembiayaan studinya berasal dari Pemerintah Republik Indonesia.

Sebelum menjadi dosen, penulis adalah ASN Kementerian Kesehatan dan memasuki purnatugas tahun 2020. Awal karier penulis sebagai PNS ditempatkan sebagai tenaga WKS Puskesmas

Inpres tahun 1993 dan menjadi Kepala Puskesmas Satui kabupaten Kotabaru.

Penulis juga pernah menjabat sebagai Kepala Seksi Penyuluhan dan Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Kotabaru Kalsel, Kepala UPF Vektor dan Reservoir Penyakit Balai Penelitian Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga Jawa Tengah, Kepala Stasiun Lapangan Pemberantasan Vektor (SLPV) Kanwil Kesehatan Provinsi Kalsel, Kepala Balai Litbang Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) Tanah Bumbu Kementerian Kesehatan RI, Peneliti senior di Badan Litbangkes Kemenkes RI, Ketua Peneliti Riset Evaluasi Nusantara Sehat Team Based dan Wakil Ketua Riset Evaluasi Tematik JKN. Ketua Dewan Redaksi Jurnal Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemkes RI dan sederet jabatan lain yang pernah dipercayakan kepada penulis.

Pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti oleh penulis adalah Epidemiologi dan Manajemen Malaria, Entomologi dan Parasitologi Malaria, Paeasitologi Intestinal, Pengendalian Demam Berdarah Dengue, Pemeriksaan Parasitologi, Diklat Jabatan Fungsional Peneliti Tingkat Lanjut, Diklatpim IV, Diklatpim III dan Pendidikan Para Dasar dan Para Lanjut (*Free Fall*) Depo Diklat Puspaskhas TNI-AU Margahayu Bandung.

Penulis pernah aktif di organisasi diantaranya adalah Ketua Asosiasi Pengendali Nyamuk Vektor Penyakit (APNI) cabang Kalsel, Ketua Asosiasi Parasitolog Indonesia Cab. Kalsel, Anggota Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia, Wakil Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Cab. Kalsel, Wartawan kampus Unhas, Pendiri Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia, Pengurus Inti Senat Mahasiswa Perguruan Tinggi (SMPT) periode pertama Universitas Hasanuddin, Anggota Ikatan Alumni Resimen Mahasiswa Indonesia, Persatuan Ahli Epidemiologi Indonesia dan Dewan Pakar IAKMI Cab. Banten.

Penghargaan yang pernah diterima penulis adalah Satya Lencana Karya Satya X dari Presiden RI (2003), Bakti Karya Husada

Dwi Windu dari Menteri Kesehatan RI (2008) dan Satya Lencana Karya Satya XX dari Presiden RI (2013).

BIODATA PENULIS



Kartika Pibriyanti, S.KM., M.Gizi

Dosen Program Studi Ilmu Gizi

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Darussalam Gontor

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Gizi, Universitas Darussalam Gontor. Lulus Sarjana Kesehatan Masyarakat peminatan Gizi Masyarakat pada tahun 2012. Pada tahun 2015 mendapat gelar Magister Gizi dari Universitas Diponegoro melalui riset status iodium dan fungsi tiroid ibu hamil trimester III dengan status iodium dan nilai antropometri bayi baru lahir di daerah endemic GAKI.

Penulis memiliki ketertarikan dalam bidang gizi masyarakat. Penulis aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dengan salah satu kegiatannya berupa penelitian sesuai keilmuan dan dipublikasikan pada jurnal-jurnal. Pada keanggotaan keprofesian, sebagai anggota Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) dari tahun 2016-2018, dan sebagai anggota Persatuan Ahli Kesehatan Masyarakat (PERSAKMI) sampai sekarang.

Email Penulis: Dkartika.02@unida.gontor.ac.id

BIODATA PENULIS



Susilo Wirawan, SKM, MPH.

Dosen Program Studi Diploma 3 Gizi, Jurusan Gizi Poltekkes
Kemenkes Yogyakarta

Susilo Wirawan, SKM, MPH lahir di Ponorogo 15 Januari 1970 adalah dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN 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 Poltekkkes Kemenkes Mataram (2001 -2020).

Selain mengajar di Poltekkes Kemenkes Mataram penulis mengajar pula sebagai dosen tidak tetap di berbagai perguruan tinggi swasta lainnya di antaranya Stikes Qomarul Huda, Bagu

(Lombok Tengah), Poltekkes Medica Farma (Mataram), Stikes Hasanudin (Mataram) dan Stikes Hanani (Mataram). Sejak Januari 2021 penulis berpindah tugas ke Poltekkes Kemenkes Yogyakarta hingga saat ini. Dalam proses belajar mengajar penulis mengampu beberapa MK di antaranya 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 ***“Metodologi Penelitian untuk Tenaga Kesehatan”*** yang telah mendapatkan ISBN (Penerbit Thema Publishing, 2023). Penulis juga telah menghasilkan lima buah *Book Chapter* yaitu 1. ***“Ilmu Kesehatan Masyarakat”*** 2. ***“Promosi Kesehatan”*** 3. ***“Promosi Kesehatan Masyarakat”*** dan 4. ***“Stunting pada Anak”*** 5. ***“Ilmu Gizi Klinik”*** yang telah memiliki HAKI dan mendapatkan ISBN (Penerbit Getpres, 2022). Pengalaman bekerja selain aktifitas mengajar penulis pernah mengikuti berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di antaranya Pendidikan Akta Mengajar III di IKIP Negeri Semarang (1997), Pelatihan *Virtual Training Studio (VTS)* di Mataram (2003), Pelatihan dalam rangka penelitian ***“Operational Study on Delivery of Vitamin A Capsules to Post Partum Women”*** yang dilaksanakan oleh Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes RI (2004) dan *Regional Course “Nutritional Epidemiology and Surveillance”* yang diselenggarakan oleh SEAMEO RECFON di Universitas Indonesia, Jakarta (2012). Selanjutnya pada tahun 2022 penulis juga telah mengikuti pelatihan PEKERTI yang diselenggarakan oleh Universitas Negeri Yogyakarta/UNY.

Sedangkan pengalaman dalam bidang penelitian yang menjadi salah satu unsur tri dharma Perguruan Tinggi antara lain penulis telah ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional seperti Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS

(2010 dan 2013), Riset Fasilitas Kesehatan/RIFASKES (2011), Riset Intervensi Kesehatan/RIK (2014-2016), Riset Tenaga Kesehatan/ RISNAKES (2017) dan Survey Status Gizi Indonesia/SSGI (2022) di Kab Gunungkidul yang dibiayai oleh Balitbangkes Kemenkes RI.

Sebagai seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) penulis telah memperoleh Piagam tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya X (2004) dan XX dari Presiden RI (2014). Penulis juga telah menerima penghargaan sebagai dosen berprestasi Tingkat Potekkes Kemenkes Mataram 2015 dan mewakili Poltekkes Mataram pada tingkat Nasional (2015).

BIODATA PENULIS



Ashari, S.KM.

Pegawai Negeri Sipil Pemangku Jabatan Fungsional
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
UPT. Puskesmas Andalas Kota Makassar

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 12 Februari 1989. Penulis adalah pegawai negeri sipil yang memangku jabatan fungsional Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di UPT. Puskesmas Andalas Kota Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Dr. Noorce Chrisiani Berek, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Mataram tanggal 17 November 1979, dan menyelesaikan studinya hingga Sekolah Menengah Atas di kota yang sama. Tahun 2001, penulis menyelesaikan studi di D3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja Universitas Sebelas Maret Surakarta dan menyelesaikan studi S1 di FKM Universitas Indonesia tahun 2003. Setelah menjadi dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Nusa Cendana tahun 2005, penulis melanjutkan studi S2 di Program Studi S2 Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2008-2010. Penulis melanjutkan studi S3 pada Program Studi S3 Ilmu Kesehatan FKM Universitas Airlangga (2014-2017). Saat ini penulis terlibat aktif dalam berbagai kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya promosi kesehatan dan keselamatan kerja di daerah lahan kering kepulauan dan pariwisata.

BIODATA PENULIS



Christina Rony Nayoan, SKM., MPH., Ph.D.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Luwuk tanggal 5 Desember 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada FKM Undip Semarang dan melanjutkan S2 pada School of Population Health, the University of Melbourne serta menamatkan Pendidikan S-3 pada School of health and social development, Deakin University. Penulis memiliki keahlian di bidang promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS



Ilham Zulfikar

Ilham Zulfikar, lahir di Limbung pada 01 November, Menyelesaikan pendidikan Akademi Keperawatan Mappa Ouddang Makassar 2013, dan melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Indonesia Timur Makassar 2015, kemudian melanjutkan pada jenjang profesi Ners di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan Program S2 Administrasi & Kebijakan Kesehatan di Universitas Hasanuddin 2023. Pengalaman Kerja; Di Puskesmas Somba Opu Kabupaen Gowa, Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera, Klinik Yayasan Peduli Kelompok Sebaya (YPKDS Klinik LABBIRI salah satu klinik terbaik untuk penanganan HIV, AIDS & PMS, Surveior di 2 Lembaga Penyelenggara Akreditasi Kementerian Kesehatan.