

MENGENAL PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Siti Handam Dewi, Nuruniyah, Nita Putriasti Mayarestya, Sri Maywati, Nourma
Nurjanah, Grhasta Dian Perestroika, Nurhikmah Panjaitan, Restu Prihandini Widiar,
Rezyana Budi Syahputri, Paruhum Tiruon Ritonga, Sri Aisyah Hidayati,
Agus Kharmayana Rubaya, Urhuhe Dena Siburian



ISBN 978-623-125-857-1



9

786231

258571

MENGENAL PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

**Siti Handam Dewi
Nuruniyah
Nita Putriasti Mayarestya
Sri Maywati
Nourma Nurjanah
Grhasta Dian Perestroika
Nurhikmah Panjaitan
Restu Prihandini Widiar
Rezyana Budi Syahputri
Paruhum Tiruon Ritonga
Sri Aisyah Hidayati
Agus Kharmayana Rubaya
Urhuhe Dena Siburian**



GET PRESS INDONESIA

MENGENAL PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

Siti Handam Dewi
Nuruniyah
Nita Putriasti Mayarestya
Sri Maywati
Nourma Nurjanah
Grhasta Dian Perestroika
Nurhikmah Panjaitan
Restu Prihandini Widiar
Rezyana Budi Syahputri
Paruhum Tiruon Ritonga
Sri Aisyah Hidayati
Agus Kharmayana Rubaya
Urhuhe Dena Siburian

ISBN : 978-623-125-857-1

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd, M.Kes

Penyunting : Tri Putri Wahyuni., S.Pd

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, Juni 2025

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 Mengenal Pendidikan Kesehatan Masyarakat ini.

Buku Ini Membahas Latar Belakang Dan Sejarah Kesehatan Masyarakat, Konsep Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pendidikan Kesehatan Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pendidikan Perilaku Kesehatan, Alat Bantu Dalam Pendidikan Kesehatan, Upaya membina pendidikan kesehatan masyarakat, Proses terbentuk perilaku, Domain perilaku, Determinan Perilaku Kesehatan, Determinan sosial Kesehatan, Sehat Dan Sakit Dalam Kesehatan Masyarakat, Tingkat-Tingkat Pencegahan Penyakit, Issu terkini kesehatan masyarakat.

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, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 LATAR BELAKANG DAN SEJARAH	
KESEHATAN MASYARAKAT	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Latar Belakang Kesehatan Masyarakat	2
1.2.1 Pentingnya Kesehatan sebagai Hak Dasar	3
1.2.2 Perubahan Paradigma Kesehatan: Dari Kuratif ke Preventif	4
1.3 Faktor-Faktor Latar Belakang Kesehatan Masyarakat.....	5
1.4 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat	6
1.4.1 Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia.....	8
1.4.2 Tantangan Global Abad 21: PTM, Pandemi, dan Krisis Lingkungan	9
1.5 Prinsip-Prinsip Dasar Kesehatan Masyarakat.....	10
DAFTAR PUSTAKA	17
BAB 2 KONSEP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	19
2.1 Konsep Ilmu Kesehatan Masyarakat	19
2.2 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat	20
DAFTAR PUSTAKA	28
BAB 3 PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM ILMU	
KESEHATAN MASYARAKAT	29
3.1 Pendahuluan	29
3.2 Definisi dan Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	30
3.2.1 Definisi Menurut Para Ahli	30
3.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	31
3.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan.....	31
3.4 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan	33
3.5 Teknik dan Metode Pendidikan Kesehatan	34
3.5.1 Teknik Pendidikan Kesehatan	34
3.5.2 Teknik Pendidikan Kesehatan	35
3.6 Media Pendidikan Kesehatan.....	37

3.6.1 Tujuan Penggunaan Media	37
3.7 Peran Pendidikan Kesehatan dalam Promosi Kesehatan	38
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 PENDIDIKAN PERILAKU KESEHATAN	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.1.1 Definisi pendidikan perilaku kesehatan.....	42
4.1.2 Pentingnya pendidikan perilaku dalam promosi kesehatan	42
4.1.3 Tujuan dan manfaat pendidikan perilaku kesehatan	43
4.2 Konsep dasar perilaku kesehatan	45
4.2.1 Pengertian perilaku kesehatan	47
4.2.2 Jenis-jenis perilaku kesehatan	49
4.2.3 Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan (internal dan eksternal)	51
4.3 Proses Perubahan Perilaku.....	53
4.3.1 Tahapan perubahan perilaku	54
4.3.2 Faktor pendukung dan penghambat perubahan perilaku.....	55
4.3.3 Pendekatan edukasi dalam mendorong perubahan perilaku.....	56
4.4 Strategi Pendidikan Perilaku Kesehatan	57
4.4.1 Pendekatan kognitif	57
4.4.2 Pendekatan afektif	57
4.4.3 pendekatan psikomotor	57
4.4.4 Pendekatan sosial atau partisipatif.....	58
4.5 Tantangan dan Peluang dalam Pendidikan Perilaku Kesehatan.....	58
4.5.1 Tantangan budaya, ekonomi, sosial, teknologi.....	58
4.5.2 Peluang pemanfaatan teknologi digital (media sosial, aplikasi kesehatan, e-learning)	58
4.5.3 Inovasi dalam pendekatan edukasi	59
DAFTAR PUSTAKA	60
BAB 5 INOVASI ALAT BANTU DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN.....	63
5.1 Pendahuluan.....	63

5.2 Fungsi Alat Bantu dalam Pendidikan Kesehatan....	65
5.3 Jenis-jenis Alat Bantu dalam Pendidikan Kesehatan.....	66
5.4 Pembuatan dan Pengembangan Alat Bantu	69
DAFTAR PUSTAKA	73
BAB 6 UPAYA MEMBINA PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT	75
6.1 Pentingnya Promosi Kesehatan.....	75
6.2 Model dan Strategi untuk Pendidikan Kesehatan yang Transformatif	78
6.3 Kerja Sama Lintas Sektor dan Komunitas untuk Pendidikan Kesehatan yang Lebih Inklusif ..	82
DAFTAR PUSTAKA	85
BAB 7 PROSES TERBENTUK PERILAKU	89
7.1 Pengertian Perilaku	89
7.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku	90
7.3 Teori-Teori Pembentukan Perilaku	94
7.4 Proses Pembentukan Perilaku	98
7.5 Perkembangan Perilaku dalam Tahapan Kehidupan	99
7.6 Perubahan dan Modifikasi Perilaku	101
DAFTAR PUSTAKA	104
BAB 8 DOMAIN PERILAKU.....	105
8.1 Pendahuluan	105
8.1.1 Perilaku Kesehatan.....	105
8.1.2 Batasan Perilaku Kesehatan	105
8.2 Pengetahuan.....	106
8.2.1 Tahu	106
8.2.2 Memahami	106
8.2.3 Aplikasi	107
8.2.4 Analisis.....	107
8.2.5 Sintesis	108
8.2.5 Evaluasi.....	108
8.3 Sikap	108
8.3.1 Menerima	109
8.3.2 Menanggapi	109
8.3.3 Menghargai.....	110
8.3.4 Bertanggungjawab.....	110

8.4 Praktik (Tindakan).....	110
8.4.1 Praktik Terpimpin.....	111
8.4.2 Praktik Secara Mekanisme	111
8.4.3 Adopsi.....	111
8.5 Pengukuran Domain Perilaku.....	112
DAFTAR PUSTAKA	119
BAB 9 DETERMINAN PERILAKU	121
9.1 Pendahuluan.....	121
9.2 Teori Determinan Perilaku Kesehatan	123
9.2.1 Teori Lawrence-Green.....	123
9.2.2 Teori <i>World Health Organization</i> (WHO)	125
9.2.3 Teori Snehandu B. Kar.....	127
9.2.4 Health Belief Model	128
9.2.5 <i>Social Cognitive Theory</i>	131
9.3 Strategi Perubahan Perilaku Kesehatan	132
9.3.1 Faktor Individual	133
9.3.2 Faktor Sosial dan Lingkungan	133
9.3.3 Faktor Struktural.....	134
DAFTAR PUSTAKA	135
BAB 10 DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN	137
10.1 Pendahuluan	137
10.2 Pengertian	137
10.3 Model Determinan Sosial Kesehatan.....	141
10.4 Pengaruh Determinan Kesehatan.....	144
DAFTAR PUSTAKA	147
BAB 11 SEHAT DAN SAKIT DALAM	
KESEHATAN MASYARAKAT	149
11.1 Definisi Sehat.....	149
11.2 Definisi Sakit.....	152
11.3 Ciri-ciri sehat dan sakit.....	153
11.4 Konsep Sehat Sakit Masyarakat.....	153
11.5 Kesehatan Prima	154
11.6 Distribusi Penyakit.....	156
11.7 Kesimpulan.....	158
DAFTAR PUSTAKA	159
BAB 12 TINGKAT-TINGKAT PENCEGAHAN	
PENYAKIT	161
12.1 Pendahuluan.....	161

12.2 Riwayat Alamiah Penyakit.....	162
12.3 Pencegahan Primer, Pencegahan Sekunder, dan Pencegahan Tersier	164
12.3.1 Pencegahan Primer.....	164
12.3.2 Pencegahan Sekunder.....	166
12.3.3 Pencegahan Tersier	167
12.4 <i>Primordial Prevention dan Quaternary Prevention</i>	168
12.4.1 <i>Primordial Prevention</i>	168
12.4.2 Quaternary Prevention.....	169
DAFTAR PUSTAKA.....	171
BAB 13 ISSU TERKINI KESEHATAN MASYARAKAT	173
13.1 Pendahuluan.....	173
13.2 Pengertian	173
13.3 Isu Terkini Kesehatan Masyarakat	174
13.4 Kerjasama Indonesia dengan WHO	182
DAFTAR PUSTAKA.....	184
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Konsep perilaku dalam diri manusia.....	48
Gambar 4.2. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan	54
Gambar 7.1. Proses pembentukan perilaku	98
Gambar 9.1. Teori Lawrence Green	123
Gambar 9.2. Tiga Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan.....	124
Gambar 9.3. Teori Snehandu B. Kar	127
Gambar 9.4. Teori Health Belief Model	128
Gambar 9.5. <i>Social Cognitive Theory</i>	131
Gambar 10.1. Model Determinan Kesehatan	142
Gambar 11.1. Pentahelix Kesehatan Prima	154
Gambar 11.2. Rentan Sehat dan Sakit	155
Gambar 12.1. Riwayat Alamiah Penyakit	164

BAB 1

LATAR BELAKANG DAN SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Siti Handam Dewi

1.1 Pendahuluan

Hak dasar manusia yang paling penting adalah kesehatan, yang sangat memengaruhi kualitas hidup seseorang dan masyarakat secara keseluruhan. Kesehatan sekarang dilihat tidak hanya dari kemampuan untuk menyembuhkan penyakit seseorang, tetapi juga dari upaya kolektif untuk mencegah penyakit, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kesejahteraan komunitas. Oleh karena itu, muncul bidang ilmu dan praktik yang disebut kesehatan masyarakat, yang berkonsentrasi pada metode secara luas dan terorganisir untuk memotivasi dan mencegah masalah.

Kesehatan masyarakat adalah disiplin ilmu dan praktik yang berfokus pada upaya masyarakat untuk mencegah penyakit, meningkatkan harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Kesehatan masyarakat tidak hanya berfokus pada individu; itu menekankan bagaimana lingkungan, perilaku, dan sistem sosial memengaruhi tingkat kesehatan seseorang. Konsep kesehatan masyarakat didasarkan pada kesadaran akan pentingnya pendekatan preventif dan promotif (Sianturi, Pardosi, & Surbakti, 2019).

Berkembangnya kesehatan masyarakat tidak terlepas dari berbagai peristiwa sejarah, seperti munculnya wabah penyakit menular yang menyebabkan kematian massal. Selain itu, intervensi berbasis komunitas yang terorganisir juga didorong oleh kondisi sosial ekonomi yang buruk, sanitasi lingkungan yang buruk, dan keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Pendekatan ilmiah terhadap penyebab dan penyebaran penyakit dimulai oleh berbagai negara dan tokoh

ilmuwan, dan ini menjadi dasar praktik kesehatan masyarakat modern.

Sejarah kesehatan masyarakat terus berkembang dari masa ke masa. Dari upaya sederhana menjaga kebersihan di peradaban kuno, hingga lahirnya pendekatan berbasis ilmu epidemiologi dan kesehatan lingkungan pada abad ke-19. Di Indonesia, pendekatan ini diperkuat melalui program nasional seperti pembangunan Puskesmas, kampanye imunisasi, dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Dengan memahami sejarah dan latar belakangnya, kesehatan masyarakat menjadi pilar penting dalam membangun masyarakat yang sehat, adil, dan berdaya saing.

1.2 Latar Belakang Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah pendekatan ilmiah dan praktis yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan sekelompok populasi melalui tindakan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif. Munculnya disiplin ini tidak terlepas dari kebutuhan kolektif untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan yang serius dan berdampak besar pada masyarakat, seperti wabah penyakit menular, kekurangan gizi, dan masalah sanitasi lingkungan. Seiring berjalannya waktu, konsep kesehatan telah berkembang untuk mencakup tindakan yang berfokus pada masyarakat secara keseluruhan daripada hanya pengobatan individu.

Karena kurangnya pengetahuan dan sistem penanganan yang buruk, wabah penyakit seperti kolera, pes, dan influenza pada masa lalu menewaskan jutaan orang. Pemicu utama tingginya angka kesakitan dan kematian adalah lingkungan yang padat, buruknya sanitasi, dan minimnya akses terhadap air bersih. Situasi ini membuat banyak orang menyadari pentingnya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, yang kemudian menjadi prinsip utama dalam kesehatan masyarakat (Muslimin, et al., 2023).

Berbagai temuan penting dalam epidemiologi, mikrobiologi, dan kesehatan lingkungan telah dibuat sebagai

hasil dari kemajuan dalam ilmu pengetahuan dan teknologi. Penemuan-penemuan ini memperkuat fondasi ilmiah kesehatan masyarakat. Louis Pasteur dan Robert Koch menemukan mikroorganisme sebagai penyebab penyakit, yang memulai revolusi kesehatan. Hal ini memungkinkan program vaksinasi yang lebih baik, pengendalian penyakit, dan kebijakan kesehatan publik yang lebih baik.

Selain itu, faktor sosial ekonomi seperti kemiskinan, pendidikan rendah, dan ketimpangan wilayah menyebabkan sebagian besar masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai, yang berdampak pada kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pendekatan kesehatan masyarakat sangat penting untuk mencapai keadilan sosial di bidang kesehatan karena melibatkan pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta secara aktif.

Kesehatan masyarakat di Indonesia telah berkembang sejak zaman kolonial dan diperkuat setelah kemerdekaan dengan pembentukan Puskesmas, program imunisasi, dan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pentingnya kesehatan masyarakat semakin ditunjukkan oleh tantangan baru seperti penyakit tidak menular, perubahan iklim, dan pandemi COVID-19 (WHO, 2023). Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sangat penting untuk pembangunan nasional yang adil dan berkelanjutan.

1.2.1 Pentingnya Kesehatan sebagai Hak Dasar

Kesehatan adalah hak dasar setiap orang yang diakui secara universal dan merupakan prasyarat utama untuk menjalani kehidupan yang produktif dan bermartabat. Tanpa kesehatan yang baik, seseorang tidak dapat bekerja, belajar, atau berpartisipasi secara aktif dalam kehidupan sosial dan ekonomi. Akibatnya, hak atas kesehatan harus menjadi prioritas utama dalam kebijakan nasional dan global.

Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (1948) mengakui hak atas kesehatan, antara lain. Di tingkat nasional, Pasal 28H UUD 1945 juga menyatakan bahwa setiap warga negara berhak atas pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan harus menjadi hak yang dijamin untuk semua dan

bukan eksklusif untuk kelompok tertentu (Ismainar, et al., 2023).

Dengan mengakui kesehatan sebagai hak dasar, negara bertanggung jawab untuk menyediakan akses adil, terjangkau, dan berkualitas tinggi ke layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Ini termasuk fasilitas medis, obat-obatan esensial, dan program pencegahan dan promosi kesehatan. Pendekatan ini menekankan pentingnya intervensi kolektif dalam kesehatan masyarakat untuk menyembuhkan dan melindungi populasi dari risiko kesehatan yang lebih luas.

1.2.2 Perubahan Paradigma Kesehatan: Dari Kuratif ke Preventif

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan dan meningkatnya beban penyakit, khususnya penyakit yang dapat dicegah seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit menular, terjadi pergeseran paradigma ke arah pendekatan preventif. Pendekatan preventif bertujuan mencegah penyakit sebelum terjadi, melalui promosi gaya hidup sehat, vaksinasi, sanitasi, penyuluhan, dan deteksi dini. Ini mencerminkan kesadaran bahwa menjaga kesehatan populasi jauh lebih efektif dan efisien dibandingkan menunggu hingga masyarakat jatuh sakit.

Paradigma preventif juga didasarkan pada pemahaman bahwa faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan sangat memengaruhi kondisi kesehatan. Oleh karena itu, intervensi kesehatan tidak cukup dilakukan di rumah sakit saja, melainkan juga di komunitas, sekolah, tempat kerja, dan ruang publik. Perubahan ini menjadi fondasi bagi penguatan **kesehatan masyarakat**, dengan strategi berkelanjutan seperti *Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)*, pelayanan kesehatan primer (Puskesmas), dan program edukasi kesehatan berbasis komunitas (Rachmawati, 2019).

Perubahan paradigma ini tidak berarti menghapus pendekatan kuratif, tetapi menempatkannya sebagai bagian dari sistem kesehatan yang lebih luas dan terintegrasi. Integrasi antara kuratif dan preventif menciptakan sistem yang lebih holistik, efektif, dan berorientasi pada pembangunan kesehatan jangka panjang. Dengan mendorong gaya hidup sehat dan

menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, paradigma preventif diharapkan mampu menurunkan angka kesakitan dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan.

1.3 Faktor-Faktor Latar Belakang Kesehatan Masyarakat

Faktor utama yang mendorong munculnya kesehatan masyarakat adalah tingkat kejadian penyakit menular yang tinggi di masa lalu, yang sering berkembang menjadi wabah mematikan. Penyakit seperti kolera, tuberkulosis, malaria, dan influenza menyebar dengan cepat di lingkungan dengan sistem sanitasi yang buruk dan pengobatan yang belum berkembang. Masyarakat sadar bahwa perawatan kesehatan tidak cukup jika hanya berfokus pada pengobatan individu; upaya kolektif harus dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit.

Perubahan sosial dan ekonomi, khususnya selama dan setelah revolusi industri, merupakan komponen kedua. Proses urbanisasi yang cepat menyebabkan pemukiman padat dan kumuh yang kekurangan akses air bersih dan sanitasi. Selain itu, kesenjangan sosial dan peningkatan kemiskinan meningkatkan masalah kesehatan. Untuk melindungi masyarakat luas dari dampak negatif pembangunan yang tidak sehat, diperlukan pendekatan yang bersifat sistemik dan terorganisir karena keadaan ini.

Faktor ketiga berasal dari kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan. Teori penyebab penyakit secara ilmiah dimulai dengan penemuan ilmuwan seperti Louis Pasteur dan Robert Koch tentang kuman dan bakteri sebagai penyebab penyakit. Hal ini membawa perubahan besar dalam penanganan dan pencegahan penyakit melalui vaksinasi, pengelolaan limbah, dan kontrol vektor penyakit. Di seluruh dunia, kebijakan kesehatan publik didasarkan pada pengetahuan ini.

Keempatnya adalah kesadaran akan pentingnya hak kesehatan dan keadilan. Pemerintah dan lembaga internasional seperti WHO mulai mengembangkan pendekatan pelayanan kesehatan primer yang lebih inklusif, adil, dan partisipatif

karena banyak masyarakat yang tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan karena hambatan ekonomi, geografis, dan diskriminasi sosial.

Terakhir, sistem pemerintahan dan kebijakan juga sangat penting. Pemerintah mulai menyadari bahwa pembangunan kesehatan masyarakat terkait dengan kebijakan ekonomi, lingkungan, perumahan, dan pendidikan selain sektor kesehatan. Akibatnya, banyak negara membuat sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi yang mencakup promosi kesehatan, imunisasi massal, dan program pencegahan penyakit menular dan tidak menular. Di Indonesia, pembentukan Puskesmas dan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memungkinkan akses yang lebih luas ke semua lapisan masyarakat.

1.4 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Sejak zaman kuno, peradaban seperti Mesir, Yunani, dan Romawi telah menerapkan prinsip-prinsip dasar kebersihan dan sanitasi. Sistem drainase, penggunaan obat herbal, dan pengelolaan limbah digunakan di masyarakat Mesir Kuno. *Hippocrates* dari Yunani, di sisi lain, menyatakan bahwa ketidakseimbangan antara tubuh dan lingkungan adalah penyebab penyakit daripada roh jahat. Pada saat ini, perspektif kesehatan masyarakat berpusat pada kebersihan pribadi dan lingkungan (Ryadi, 2023).

Kemunduran ilmu pengetahuan terjadi di Eropa pada Abad Pertengahan, dan banyak penyakit dianggap sebagai hukuman Tuhan. Tidak adanya sistem sanitasi yang baik memperparah kondisi ini. Puncaknya adalah wabah pes, juga dikenal sebagai *Black Death*, pada abad ke-14, yang membunuh sekitar sepertiga orang di Eropa. Walau bagaimanapun, wabah ini menanamkan kesadaran akan pentingnya pencegahan dan penanganan penyakit secara kolektif. Ini membuat konsep kesehatan masyarakat modern berkembang.

Memasuki abad ke-18 dan ke-19, Revolusi Industri membawa perubahan besar dalam struktur sosial dan ekonomi, tetapi juga berdampak negatif pada kesehatan masyarakat.

Urbanisasi membuat pemukiman padat, kotor, dan tidak sehat. Orang-orang penting, seperti dokter Inggris John Snow, membuktikan bahwa air yang terkontaminasi dapat menyebabkan kolera. Penelitiannya membangun epidemiologi dan pengendalian penyakit yang berbasis bukti ilmiah.

Kesadaran akan pentingnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh meningkat selama abad ke-20. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) didirikan pada tahun 1948, menandai awal kerja sama kesehatan internasional. Program besar seperti vaksinasi, eradikasi penyakit, dan promosi kesehatan global didanai oleh WHO. Deklarasi Alma Ata tahun 1978 menetapkan konsep Primary Health Care yang menekankan keterlibatan masyarakat, pendekatan lintas sektor, dan pemerataan pelayanan kesehatan (Persakmi, 2024).

Abad ke-21 menyaksikan peningkatan kompleksitas masalah kesehatan masyarakat. Selain penyakit menular, ancaman penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, dan kanker telah meningkat. Pendekatan yang lebih adaptif dan berbasis teknologi juga diperlukan untuk menangani masalah global seperti resistensi antibiotik, perubahan iklim, dan pandemi COVID-19. Kesehatan masyarakat sekarang tidak hanya berfokus pada penyembuhan; itu juga berfokus pada mendorong gaya hidup yang lebih sehat, pemberdayaan masyarakat, dan kebijakan kesehatan yang berwawasan. Menurut para ahli, definisi kesehatan masyarakat adalah:

1. *Winslow (1920)* “Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan serta efisiensi melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk sanitasi lingkungan, pengendalian penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan pribadi, pelayanan medis, dan pengembangan rekayasa sosial yang menjamin setiap individu dalam masyarakat memperoleh tingkat hidup yang layak untuk menjaga kesehatan.”
2. *World Health Organization (WHO)* “Kesehatan masyarakat adalah upaya kolektif yang terorganisasi dari masyarakat untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia, dan

meningkatkan kesehatan melalui intervensi berbasis masyarakat dan sistem kesehatan.”

3. Hanlon (1974) “Kesehatan masyarakat adalah kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha preventif dan kuratif yang diselenggarakan oleh lembaga pemerintah dan swasta.”

1.4.1 Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Sejak masa kolonial Belanda, perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia mulai dikenalkan melalui pendirian rumah sakit rakyat, vaksinasi cacar, dan pengawasan penyakit menular. Namun, layanan kesehatan masih terbatas dan hanya dapat diakses oleh beberapa orang, terutama orang Eropa dan elit lokal.

Kesehatan masyarakat menjadi sangat penting setelah Indonesia merdeka pada tahun 1945. Pemerintah Indonesia menyadari betapa pentingnya kesehatan untuk pembangunan bangsa. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang didirikan pada tahun 1969 berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan primer di tingkat kecamatan dan merupakan tonggak sejarah penting. Puskesmas dibangun untuk menyediakan layanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang merata dan terjangkau bagi semua warga Indonesia.

Pada tahun 1970-an dan 1990-an, program besar seperti imunisasi nasional, keluarga berencana, dan pemberantasan penyakit menular seperti malaria, TBC, dan polio dilaksanakan. Kader posyandu, bidan desa, dan petugas kesehatan masyarakat meningkatkan kegiatan penyuluhan kesehatan. Program ini memberikan dasar yang kuat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, terutama di wilayah pedesaan.

Pada abad kedua puluh satu, Indonesia menghadapi masalah kesehatan baru seperti penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, stroke, hipertensi, dan masalah kesehatan mental. Sistem kesehatan nasional telah diubah oleh pemerintah. Ini termasuk penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan pada tahun 2014. Tujuan program adalah untuk meningkatkan akses dan menjamin

bahwa pelayanan kesehatan dapat diakses oleh semua warga negara.

Menurut perkembangan terbaru, pendekatan lintas sektor, teknologi digital kesehatan (e-health), dan partisipasi masyarakat dalam Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) sangat penting. Dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini bergerak menuju sistem yang lebih adaptif, inklusif, dan berbasis komunitas. Upaya ini menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat adalah bagian penting dari pembangunan manusia Indonesia yang berkelanjutan, bukan hanya masalah medis.

1.4.2 Tantangan Global Abad 21: PTM, Pandemi, dan Krisis Lingkungan

Pada abad ke-21, dunia dihadapkan pada peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan kanker. PTM kini menjadi penyebab kematian tertinggi secara global, terutama di negara-negara berkembang yang sebelumnya lebih banyak berjuang melawan penyakit menular. Gaya hidup tidak sehat, urbanisasi, pola makan tidak seimbang, dan kurangnya aktivitas fisik menjadi faktor pemicu utama. Indonesia sendiri mengalami lonjakan signifikan kasus PTM, sehingga menuntut sistem kesehatan masyarakat yang lebih fokus pada upaya promotif dan preventif (Kemenkes RI, 2023).

Pandemi COVID-19 mengejutkan dunia selain PTM, dengan dampak yang signifikan pada kesehatan, ekonomi, pendidikan, dan kehidupan sosial masyarakat. Pandemi ini menunjukkan seberapa lemah sistem kesehatan global untuk menangani krisis kesehatan lintas batas. Negara-negara yang memiliki sistem kesehatan masyarakat yang kuat yang berfokus pada pelayanan pencegahan dan primer telah ditunjukkan memiliki tingkat kesuksesan yang lebih tinggi. Dalam rencana masa depan, WHO menekankan penguatan sistem surveilans, kesiapsiagaan pandemi, dan literasi kesehatan masyarakat (WHO, 2023)

Perubahan iklim dan krisis lingkungan juga merupakan masalah besar yang berdampak langsung pada kesehatan

manusia. Infeksi saluran pernapasan, diare, dan penyakit berbasis vektor seperti demam berdarah disebabkan oleh polusi udara, peningkatan suhu global, banjir, dan kekeringan. Perubahan iklim telah memperburuk ketimpangan kesehatan dan memperluas wilayah penyebaran penyakit, terutama di komunitas yang rentan. Oleh karena itu, untuk memastikan keberlanjutan sistem kesehatan di masa depan, pendekatan lintas sektor yang menggabungkan kebijakan kesehatan, lingkungan, dan sosial sangat penting

1.5 Prinsip-Prinsip Dasar Kesehatan Masyarakat

Cabang ilmu yang dikenal sebagai "kesehatan masyarakat" menggabungkan pengetahuan ilmiah dengan metode praktis untuk mencegah penyakit, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup manusia secara kolektif. Kesehatan masyarakat berfokus pada pencegahan dan promotif yang melibatkan komunitas secara luas, berbeda dengan pelayanan medis kuratif yang berpusat pada penyembuhan individu. Metode ini menekankan pentingnya intervensi yang dilakukan sebelum penyakit muncul dan pentingnya meningkatkan kebiasaan sehat di antara populasi.

Kesehatan masyarakat adalah bidang yang tidak hanya bersifat ilmiah tetapi juga merupakan seni mengorganisasi dan menggerakkan berbagai bagian masyarakat. Ini mencakup pemberdayaan masyarakat, kerja sama antar sektor, dan penggunaan media dan teknologi informasi untuk menjangkau kelompok sasaran yang lebih luas. Kemampuan untuk menyesuaikan intervensi dengan keadaan sosial, budaya, dan ekonomi lokal sangat penting untuk keberhasilan program kesehatan masyarakat (Sartika, et al., 2022).

Kesehatan masyarakat didasarkan pada beberapa prinsip dasar untuk mewujudkan tujuan tersebut. Prinsip-prinsip ini termasuk upaya promotif dan preventif, keadilan dalam pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kerja sama lintas sektor, penggunaan data dan bukti ilmiah, dan keberlanjutan program. Untuk memastikan bahwa intervensi

yang dilakukan tidak hanya efektif, tetapi juga relevan dan berkelanjutan dalam menjawab tantangan kesehatan di masyarakat, sangat penting untuk memahami dengan baik prinsip-prinsip ini. Berikut prinsip-prinsip utamanya:

1. Promotif dan Preventif

Salah satu pendekatan utama dalam kesehatan masyarakat adalah prinsip promotif dan preventif, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan dan mencegah penyakit untuk muncul. Pendekatan ini menempatkan pengobatan kuratif di atas pencegahan dan peningkatan kualitas hidup. Dalam situasi ini, kesehatan dianggap sebagai tanggung jawab bersama dari semua pihak, termasuk tenaga medis dan komunitas, pemerintah, dan berbagai sektor lainnya.

Pendekatan promotif menekankan pada peningkatan kesadaran dan perilaku sehat, seperti mengajarkan orang tentang pola makan sehat, aktivitas fisik teratur, dan lingkungan yang bersih. Sementara itu, pendekatan preventif menekankan pada pencegahan penyakit dengan memberikan vaksinasi, skrining dini, dan pengendalian faktor risiko. Kedua metode ini bekerja sama untuk membuat masyarakat lebih sehat dan tangguh terhadap penyakit (Cholifah, Nisak, & Amelia, 2019).

Prinsip ini tidak terfokus pada pengobatan individu, tetapi pada intervensi berskala luas yang dapat mengubah perilaku sosial, ekonomi, dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan. Dengan menerapkan prinsip promotif dan preventif secara konsisten, kita dapat mengurangi beban pelayanan kesehatan, meningkatkan efisiensi biaya, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

A. Promotif (Health Promotion)

Upaya untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku masyarakat tentang kesehatan sehingga mereka dapat menjaga dan meningkatkan kesehatannya sendiri dikenal sebagai promosi. Metode ini berpusat pada pemberdayaan individu dan kelompok untuk membuat keputusan yang mendukung gaya hidup sehat. Penyuluhan,

kampanye kesehatan, pelatihan kader, dan penerapan pendidikan kesehatan di komunitas dan sekolah biasanya merupakan cara untuk mendorong kegiatan ini. Dengan promosi kesehatan yang tepat, masyarakat tidak hanya menjadi sasaran intervensi, tetapi juga berperan aktif dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mencegah risiko penyakit sejak dini.

Kegiatan promotif kesehatan masyarakat bertujuan untuk mendorong orang di berbagai lapisan masyarakat untuk hidup sehat. Salah satu caranya adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa, seperti mengajarkan pentingnya mencuci tangan untuk mencegah penyebaran penyakit infeksi. Selain itu, kampanye nasional seperti GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) adalah contoh kampanye proaktif yang mendorong orang untuk berolahraga, mengonsumsi makanan sehat, dan pergi ke dokter secara teratur. Penyuluhan tentang bahaya merokok, alkohol, dan makanan tinggi gula dan lemak adalah kegiatan lain yang bertujuan untuk mengurangi risiko penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi.

Di tingkat lokal, juga ada upaya untuk mendorong orang untuk berpartisipasi dalam aktivitas fisik. Ini dapat dicapai melalui jalan sehat, senam untuk orang tua, atau klub olahraga lokal yang mendukung pola hidup aktif. Yang menarik adalah promosi kesehatan tidak terbatas pada tenaga medis. Untuk membuat pesan kesehatan mudah diterima dan diadopsi oleh masyarakat, peran tokoh masyarakat, guru, keluarga, dan media massa sangat penting. Keterlibatan lintas sektor ini memungkinkan upaya promotif untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat.

B. Preventif (Disease Prevention)

Dalam bidang kesehatan masyarakat, preventif adalah tindakan strategis yang bertujuan untuk mencegah penyakit, komplikasi, atau kecacatan timbul atau berkembang ke tahap yang lebih parah. Metode ini digunakan untuk mencegah gangguan kesehatan muncul atau berkembang menjadi kondisi kronis dengan mengidentifikasi dan

mengendalikan faktor risiko sejak dini. Pencegahan ini terdiri dari berbagai tingkat, termasuk pencegahan primer, yang mencakup imunisasi dan meningkatkan sanitasi lingkungan, pencegahan sekunder, yang mencakup skrining dan deteksi dini penyakit, dan pencegahan tersier, yang mencakup pengelolaan penyakit kronis untuk mencegah kecacatan atau komplikasi lebih lanjut. Dengan menerapkan prinsip preventif secara menyeluruh, sistem kesehatan masyarakat dapat menjadi lebih efisien dan menghasilkan masyarakat yang lebih kuat dan sehat secara berkelanjutan. Prinsip preventif terdiri dari tiga tingkatan pencegahan, dan setiap tingkat memiliki fokus dan strategi yang berbeda sesuai dengan tahapan penyakit adalah

- a. Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah penyakit sejak awal dengan menghilangkan faktor risikonya. Contoh upaya pencegahan primer termasuk imunisasi untuk mencegah penyakit menular, perbaikan sanitasi lingkungan, dan pemberian suplemen gizi kepada kelompok rentan seperti balita dan ibu hamil.
- b. Pencegahan sekunder juga dilakukan ketika seseorang telah menunjukkan gejala atau risiko penyakit tetapi belum menunjukkan komplikasi serius. Tujuannya adalah untuk mengurangi dampak penyakit dengan mendeteksi dan mengobatinya secepat mungkin. Skrining kanker, pemeriksaan tekanan darah rutin, dan tes gula darah untuk mendeteksi diabetes pada tahap awal adalah contoh tindakan yang dilakukan pada tahap ini.
- c. Pencegahan tersier ditujukan kepada orang yang menderita penyakit atau gangguan kesehatan jangka panjang untuk mengurangi komplikasi, menghindari kecacatan, dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Salah satunya adalah rehabilitasi setelah stroke untuk memperbaiki fungsi tubuh dan pengendalian diabetes yang ketat untuk mencegah kerusakan organ lebih lanjut. Ketiga bentuk pencegahan ini bekerja sama dan sangat penting untuk menjaga kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2. Bersifat Komunal (*Collective Responsibility*)

Dalam kesehatan masyarakat, prinsip bersifat komunal atau tanggung jawab kolektif menekankan bahwa kesehatan adalah kepentingan bersama dan bukan hanya tanggung jawab individu. Metode ini melibatkan seluruh masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan, baik di bidang kesehatan maupun non-kesehatan. Kegiatan promotif dan preventif berfokus pada masyarakat secara luas, terutama kelompok rentan seperti balita, ibu hamil, lansia, dan masyarakat miskin.

Kegiatan berbasis masyarakat (berbasis masyarakat) seperti posyandu, desa siaga, program kampung sehat, dan kerja sama lintas sektor adalah contoh dari pendekatan komunal ini. Program tidak hanya membantu masyarakat, tetapi mereka juga berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan kesehatan. Dengan prinsip ini, diharapkan terciptanya solidaritas sosial dan kesadaran kolektif bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan sangat bergantung pada partisipasi dan tanggung jawab bersama seluruh warga.

3. Berbasis bukti (*evidence-based practice*)

Prinsip berbasis bukti, atau praktik berbasis bukti, menekankan bahwa semua keputusan, kebijakan, dan intervensi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat harus didasarkan pada bukti yang dapat dipertanggungjawabkan dan data yang valid. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa setiap tindakan atau program benar-benar efektif, efisien, dan relevan dengan kebutuhan masyarakat. Pendekatan berbasis bukti, dalam praktiknya, menghindari spekulasi atau asumsi semata dan menuntut proses yang sistematis dari perencanaan hingga evaluasi.

Surveilans epidemiologi memantau pola penyakit dan faktor risiko secara berkelanjutan untuk membantu pengambilan keputusan yang cepat. Hasil dari uji coba lapangan, juga dikenal sebagai proyek pilot, digunakan untuk mengevaluasi kemandirian program sebelum

diterapkan dalam skala besar. Tak kalah penting, setiap program kesehatan masyarakat harus dievaluasi secara berkala untuk mengevaluasi pencapaian dan bagaimana program tersebut berdampak pada masyarakat. Metode ini memungkinkan pengembangan kesehatan masyarakat secara ilmiah dan berorientasi pada hasil nyata.

4. **Keadilan dan Kesenjangan Kesehatan (*Health Equity*)**

Keadilan dan kesetaraan kesehatan, atau kesetaraan kesehatan, mengacu pada upaya untuk menjamin bahwa semua orang memiliki akses yang adil dan layak terhadap layanan kesehatan tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, atau fisik mereka. Ini berarti bahwa layanan kesehatan harus tersedia dan dapat dijangkau oleh semua orang tanpa diskriminasi, terlepas dari status ekonomi, gender, lokasi geografis, atau kondisi disabilitas mereka. Dalam hal ini, keadilan bukan berarti bahwa setiap orang harus

Metode ini terutama berfokus pada kelompok yang rentan, seperti orang miskin, lansia, ibu hamil, anak-anak, dan penyandang disabilitas. Kelompok-kelompok ini seringkali menghadapi kesulitan untuk mendapatkan layanan medis yang baik. Prinsip ini dapat diterapkan melalui pemerataan distribusi fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan yang tersedia di daerah terpencil, program jaminan kesehatan nasional (seperti JKN), dan kebijakan khusus untuk layanan kesehatan ibu dan anak. Sistem kesehatan masyarakat dapat menciptakan kondisi yang lebih inklusif, berkelanjutan, dan berdampak luas pada pembangunan manusia dengan mendorong keadilan dan mengurangi kesenjangan sosial dalam kesehatan.

5. **Pemberdayaan Masyarakat (*Community Empowerment*)**

Pemberdayaan masyarakat, atau prinsip pemberdayaan masyarakat, menekankan betapa pentingnya masyarakat terlibat secara aktif dalam seluruh proses program kesehatan, dari perencanaan hingga pelaksanaan dan evaluasi. Jika masyarakat terlibat secara langsung,

mereka tidak hanya akan mendapat manfaat, tetapi mereka juga akan berkontribusi pada penyelesaian masalah kesehatan di lingkungan mereka. Metode ini meningkatkan kapasitas lokal, meningkatkan rasa kepemilikan, dan meningkatkan keberlanjutan program karena masyarakat merasa bertanggung jawab atas upaya yang dilakukan (Margawati & Purwanti, 2022).

Keberadaan kader posyandu, yang berfungsi sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan dalam menyediakan layanan dasar seperti pemantauan pertumbuhan anak, imunisasi, dan pelatihan gizi, adalah contoh nyata dari penerapan prinsip ini. Selain itu, program UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat), seperti posbindu, poskesdes, dan desa siaga, menunjukkan bagaimana masyarakat dapat berpartisipasi secara aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya. Pemberdayaan memberikan ruang dan akses bagi masyarakat untuk berpartisipasi, mengorganisasi, dan memulai berbagai program kesehatan sesuai dengan kebutuhan lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta: Pusat Data dan Teknologi Informasi Kesehatan.
- Muslimin, D., Widiyawati, R., Toduho, N. B., Rosmalia, D., Sakati, S. N., Sudarsa, C., . . . Syahrir, M. (2023). *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- WHO. (2023). *Monitoring Health For The SDGs*. Geneva: WHO Press.
- Ryadi, A. L. (2023). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: CV. Andi OFFSET.
- Persakmi. (2024). *Pedoman Praktik Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Persakmi.
- Sianturi, E., Pardosi, M., & Surbakti, E. (2019). *Kesehatan Masyarakat*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Ismainar, H., Mutmaina, R., Sembiring, D. A., Hidayat, T., Jannah, M., Sugarni, M., . . . Yuniar, N. (2023). *Etika dan Hukum dalam Kesehatan*. Jawa Tengah: Eureka Media Aksara.
- Rachmawati, W. C. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.
- Sartika, Anggreny, D. E., Sani, A., Kumalasari, I., Hermansyah, H., Nuryati, E., . . . Murni, N. S. (2022). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jawa Barat: CV Media Sains Indonesia.
- Cholifah, Nisak, U. K., & Amelia, P. (2019). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jawa Timur: UMSIDA.
- Margawati, A., & Purwanti, R. (2022). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Semarang: UNDIP Press Semarang.

BAB 2

KONSEP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Nuruniyah

2.1 Konsep Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat dalam bahasa Inggris disebut sebagai public health, Profesor Winslow dari Universitas Yale (Leavel and Clark, 1958) menyatakan bahwa kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental. Dalam peningkatan usaha Masyarakat melalui sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, melalui pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan dalam pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, dalam mendukung masyarakat agar mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

Ikatan Dokter Amerika, AMA, (1948) mendefinisikan Kesehatan Masyarakat adalah usaha yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan menggunakan ilmu, seni dalam merawat dan melindungi.

Dalam pandangan yang sempit menurut Prayitno (1994) dikatakan bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu tentang sehat dan sakit, serta dalam arti luas Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang berfokus pada penanganan kasus dalam upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif.

Ilmu kesehatan Masyarakat terdapat 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri atas :

1. Upaya *Promotive* (meningkatkan pemahaman kesehatan)
2. Upaya *Preventive* (meningkatkan upaya pencegahan penyakit)

3. Upaya *Protective* (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit)
4. Upaya *Curative* (upaya penyembuhan terhadap penyakit)
5. Upaya *Rehabilitative* (upaya pemulihan)

2.2 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Adapun multidisiplin ilmu dalam kesehatan Masyarakat antara lain, Biologi, Kimia, Fisika, Kedokteran, Kesehatan Lingkungan, Sosiologi, Pendidikan, Psikologi, Antropologi, dan lain-lain. Namun secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain :

1. Epidemiologi

Epidemiologi merupakan Ilmu yang mempelajari distribusi, frekuensi dan faktor penyebab (determinan) suatu masalah kesehatan (penyakit) yang menimpa sekelompok penduduk / masyarakat dan penerapannya untuk mengendalikan masalah kesehatan.

Keterkaitan antara epidemiologi dan kesehatan masyarakat telah lama terjalin erat. Epidemiologi dianggap sebagai sumber utama alat analisis bagi para praktisi kesehatan masyarakat (Gouda & Powles, 2014). Epidemiologi adalah disiplin ilmu yang berfokus pada penggunaan metode kuantitatif dalam bidang probabilitas, statistik dan penelitian (Gregg, 2008). Epidemiologi sebagai disiplin ilmu yang mendasari kesehatan masyarakat, meskipun banyak juga disiplin ilmu lain yang penting untuk kesehatan masyarakat seperti ekonomi kesehatan, sosiologi, dan sejumlah pendekatan kualitatif untuk masalah kesehatan, namun epidemiologi tetap memegang peran sentral karena fokus pada populasi dan metode kuantitatif (Gouda & Powles, 2014). Terkadang para praktisi kesehatan mengalami kesulitan dalam memberikan jawaban yang tepat untuk beberapa pertanyaan yang diajukan terkait masalah kesehatan yang terjadi di sekitar masyarakat. Aspek penting dalam mencari jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang timbul di sekitar masyarakat adalah

dengan memahami kesehatan masyarakat dan komponen - komponennya. Identifikasi faktor-faktor yang terkait dengan terjadinya penyebaran penyakit atau terjadinya gangguan kesehatan adalah tujuan utama dari epidemiologi. (Prabandari et al., 2020)

Syarat yang perlu dipertimbangkan dalam pemilihan jenis desain studi yang akan digunakan dalam penelitian epidemiologis, sebagai berikut (Murti, 2003):

- a. Masalah yang diangkat untuk diteliti dan hipotesis
- b. Durasi waktu yang digunakan untuk meneliti
- c. Tersedianya sumber daya
- d. Penyakit umum atau langka
- e. Jenis variabel yang diteliti

Kualitas data yang akan diambil dari berbagai sumber
Tujuan mempelajari Epidemiologi antara lain:

- a. Mengetahui tingkat masalah kesehatan dalam suatu masyarakat
- b. Mempelajari secara mendalam etiology suatu penyakit dan cara penyebarannya.
- c. Mempelajari riwayat alamiah suatu penyakit.
- d. Mengembangkan dasar-dasar program pencegahan.
- e. Mengevaluasi alat-alat pencegahan dan pengobatan yang baru dan cara-cara baru pelayanan kesehatan.
- f. Menyediakan informasi untuk pengembangan dan pengambilan

2. Biostatistik/Statistik Kesehatan

Biostatistik merupakan suatu cabang dari statistik yang berkaitan dengan cara-cara pengumpulan, kompilasi, pengolahan dan interpretasi fakta-fakta numerik, berhubungan dengan sehat dan sakit, kelahiran, kematian dan faktor-faktor yang berhubungan dengan itu pada populasi manusia.

Manajemen Kesehatan Masyarakat merupakan suatu kegiatan atau suatu seni dalam mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan atau lintas profesi

kesehatan dan lintas sektoral dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Beberapa program kesehatan terdiri dari fungsi-fungsi, antara lain :

- a. Perencanaan
- b. Pengorganisasian
- c. Penyusunan Personalia
- d. Pengkoordinasian dan penyusunan anggaran

3. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan merupakan kesehatan yang sangat penting bagi kelancaran kehidupan manusia, karena lingkungan adalah tempat dimana manusia tinggal. Lingkungan yang sehat apabila syarat-syarat lingkungan yang sehat. Kesehatan lingkungan adalah ilmu yang mempelajari bagaimana menjaga keseimbangan antara lingkungan dan manusia dalam mengelola lingkungan sehingga tercipta kondisi lingkungan yang sehat bersih dan nyaman. Kesehatan lingkungan juga merupakan cabang dari ilmu kesehatan masyarakat yang mencakup aspek alam dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia.

Usaha-usaha kesehatan lingkungan yang dilakukan untuk mewujudkan kesehatan manusia yang optimal bagi manusia yang hidup dalam lingkungan tersebut. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan antara lain :

- a. Perumahan
- b. Pembuangan kotoran manusia
- c. Penyediaan air bersih
- d. Pembuangan sampah
- e. Pembuangan air kotor (limbah)
- f. Kandang hewan ternak
- g. Pencemaran udara, air, dsb

Menurut Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 Pasal 22, yang dimaksud dengan kesehatan lingkungan adalah : Kesehatan lingkungan diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat.

4. Pendidikan Kesehatan dan ilmu Perilaku

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan. Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan (Mcleroy et al., 1988).

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan perilaku sehat. Sejak perilaku individu dapat menjadi penyebab utama terjadinya gangguan kesehatan dan dapat juga menjadi solusi utama. Pahamnya masyarakat berkaitan dengan perilaku mereka dapat melalui upaya pendidikan kesehatan dan bagaimana kesehatan mempengaruhi dan mendorong untuk membuat pilihan sendiri untuk hidup sehat tanpa paksaan (Sharma, 2021). Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mewujudkan perubahan perilaku pada individu, kelompok dan populasi yang lebih besar mulai dari perilaku yang dianggap merugikan kesehatan, hingga perilaku yang kondusif bagi kesehatan saat ini dan masa depan (Fibriana et al., 2017).

5. Administrasi Kesehatan Masyarakat

Administrasi kesehatan merupakan usaha dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dengan memanfaatkan orang lain (G.R Terry). Administrasi kesehatan merupakan suatu proses Kerjasama antara dua orang atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Sondang). Administrasi kesehatan merupakan administrasi yang diterapkan pada pelayanan kesehatan demi tercapainya suatu keadaan dimana seseorang dikatakan sehat (Asrul Azwar, 1986).

Pada bagian pertama dikenal dengan teori H. L. Blum mengenai derajat kesehatan dan faktor – faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Pada bagian

kedua kita kenal sebagai fungsi manajemen yang merupakan elemen – elemen dasar yang akan selalu ada dan melekat didalam proses manajemen yang akan dijadikan acuan oleh manajer dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan.

6. Gizi Masyarakat

Gizi masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari atau mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan kesehatan masyarakat mulai pengolahan sampai penyajian makanan tersebut.

- a. Penyakit Kurang Kalori dan Protein (KKP)
 - 1) Banyak terjadi pada anak-anak
 - 2) Terbagi dalam 3 tingkatan yaitu ringan, sedang, bulat/ gizi buruk
- b. Penyakit kegemukan/ obesitas Konsumsi kalori berlebihan dibanding kebutuhan atau pemakaian energi (Kosanke, 2019).

UNICEF (1998) mengembangkan kerangka konsep makro, sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Gizi yang kurang pada masyarakat dapat disebabkan beberapa hal, antara lain :

a) Penyebab langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung dapat menyebabkan kurang gizi. Gizi kurang dapat disebabkan karena serangan penyakit karna kurangnya asupan makan atau gizi yang diserap oleh tubuh.

b) Penyebab tidak langsung

Secara tidak langsung gizi kurang disebabkan karena 3 faktor antara lain :

- Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pangan baik dari segi jumlah maupun mutunya.
- Pola pengasuhan anak yang kurang memadai. Setiap keluarga atau masyarakat diharapkan

dapat menyediakan waktu, perhatian dan dukungan agar anak dapat berkembang dengan baik, baik secara fisik, mental dan sosial.

- Pelayanan kesehatan dan lingkungan yang tidak memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan yang memadai dan dapat dijangkau bagi setiap masyarakat.

7. Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja merupakan bagian dari kesehatan masyarakat didalam suatu masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungannya. Adapun tujuan dari kesehatan kerja untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, dan sosial bagi masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungan tersebut melalui usaha-usaha preventif, promotif dan kuratif terhadap penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan akibat kerja atau lingkungan kerja.

Program pelayanan kesehatan kerja (PKK) memiliki peran yang sangat penting dalam menjaga kesejahteraan dan produktivitas pekerja, serta mengurangi risiko kesehatan yang dapat ditimbulkan oleh lingkungan kerja. PKK membantu dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pekerja di tempat kerja.

Dengan adanya program ini, pekerja memiliki akses yang lebih baik untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan dan mendapatkan pemantauan kesehatan secara berkala. Pekerja yang sehat cenderung lebih produktif dan memiliki tingkat absensi yang lebih rendah, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kinerja dan profitabilitas perusahaan.

Banyak pekerjaan memiliki risiko kesehatan yang dapat membahayakan kesejahteraan Masyarakat khususnya pekerja. Misalnya, pekerja yang terpapar bahan kimia beracun, radiasi, atau kondisi lingkungan kerja yang ekstrem memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap penyakit atau cedera. PKK membantu mengidentifikasi, mengukur, dan mengurangi

risiko-risiko ini melalui program-program pencegahan dan perlindungan.

Melalui program pemeriksaan kesehatan, promosi kesehatan, dan edukasi, PKK dapat membantu mencegah timbulnya penyakit terkait pekerjaan, seperti penyakit akibat paparan bahan kimia atau cedera karena beban kerja yang berlebihan. Dengan menjaga kesehatan pekerja, program ini juga dapat meningkatkan produktivitas secara keseluruhan. Pekerja yang sehat cenderung lebih fokus, energik, dan kurang absen karena sakit.

Dengan demikian, PKK tidak hanya penting untuk melindungi kesehatan individu di tempat kerja, tetapi juga untuk mendukung kelangsungan dan kesejahteraan perusahaan secara keseluruhan. Investasi dalam PKK bukan hanya investasi dalam kesejahteraan karyawan, tetapi juga dalam kesuksesan jangka panjang Perusahaan (Bidullah and Suhartawan, 2024).

8. Gizi atau Nutrisi

Gizi atau Nutrisi adalah substansi organik pada makanan yang dibutuhkan manusia untuk dapat berfungsi secara normal. Kata “Gizi” diadopsi dari bahasa Arab (*ghiza*) yang artinya makanan yang menyehatkan, sedangkan kata “Nutrisi” berasal dari bahasa latin (*nutr*) yang artinya memberi makan dengan baik. Sehingga gizi atau nutrisi dapat diartikan sebagai makanan yang baik dan menyehatkan. Gizi yang memadai diperlukan agar sistem tubuh dapat bekerja dengan optimal, untuk pertumbuhan perkembangan manusia, dan untuk pemeliharaan kesehatan. Gizi yang terdapat pada makanan dan dikonsumsi secara normal akan mengalami proses pencernaan (*digesti*), penyerapan (*absorpsi*), peredaran (*transportasi*), penyimpanan (*storage*), metabolisme (*pengolahan*), dan pengeluaran zat-zat yang tidak perlu. Hasil metabolisme makanan dalam bentuk energy dapat digunakan untuk mempertahankan kehidupan, untuk pertumbuhan, dan untuk menjalankan fungsi normal organ tubuh (Irmawan, Mandey and Dali, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Bidullah, R. and Suhartawan, B. (2024) *ILMU SOSIAL KESEHATAN*.
- Irmawan, M., Mandey, F. and Dali, S. (2018) 'Isolation, Identification, Characterization, And Toxicity Essay Of Non-polar Secondary Metabolite Fraction From *Ageratum conyzoides* L', *Indo. J. Chem. Res.*, 6(1), pp. 513–517. Available at: <https://doi.org/10.30598/v12>.
- Kosanke, R.M. (2019) 'Konsep Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit', pp. 5–18.
- Mcleroy, K.R. *et al.* (1988) 'An Ecological Perspective on Health Promotion Programs', *Health Education & Behavior*, 15(4), pp. 351–377. Available at: <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
- Prabandari, Y. S., Padmawati, R. S., Supriyati, Hasanbasri, M., & Dewi, F. S. T. (2020). *Ilmu Sosial Perilaku*. 1–135. https://books.google.com/books?hl=en%5C&lr=%5C&id=DwAAQBAJ%5C&oi=fnd%5C&pg=PA1%5C&dq=pelayanan+kesehatan+kesehatan+masyarakat+integritas%5C&ots=d8KcMDAHaT%5C&sig=aSsML5vDwsP_pdiqSqIABfPtFHA

BAB 3

PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Nita Putriasti Mayarestya

3.1 Pendahuluan

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat yang memegang peranan krusial dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu serta kelompok, sehingga mengoptimalkan upaya mereka dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pendidikan kesehatan tidak hanya ditujukan kepada individu, melainkan juga kepada komunitas, dengan tujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat secara berkelanjutan.

Ilmu kesehatan masyarakat sebagai disiplin ilmu berfokus pada kajian metode pencegahan penyakit, perpanjangan usia, dan peningkatan kualitas hidup melalui upaya yang terorganisir oleh masyarakat, lembaga, dan individu. Dalam kerangka ini, pendidikan kesehatan berfungsi sebagai sarana komunikasi dan intervensi strategis dalam menyampaikan informasi kesehatan, membangun kesadaran, serta mendorong partisipasi masyarakat dalam program-program kesehatan yang ada.

Pendidikan kesehatan adalah suatu aktivitas yang bertujuan untuk menyampaikan informasi kesehatan kepada individu, kelompok, atau masyarakat. Melalui aktivitas ini, diharapkan mereka dapat memperoleh pengetahuan serta memahami signifikansi kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan penunjang dari program-program kesehatan misalnya, kesehatan ibu dan anak, pemberantasan penyakit menular

3.2 Definisi dan Tujuan Pendidikan Kesehatan

3.2.1 Definisi Menurut Para Ahli

Berikut ini merupakan pengertian pendidikan kesehatan menurut para ahli berdasarkan sudut pandang masing-masing :

1. Green (1980)

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang direncanakan dengan cermat untuk mencapai tujuan kesehatan, melalui kombinasi berbagai metode pembelajaran

2. Notoadmodjo (2014)

Pendidikan kesehatan adalah bagian dari keseluruhan usaha kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) dengantujuanmemengaruhi/mendorong orang lain (individu, kelompok, dan masyarakat) untuk meningkatkan perilaku hidup sehat. Pendidikan kesehatan mencakup semua kegiatan untuk memberikan/mendukung pengetahuan, sikap, dan praktik Masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2014)

3. Edinburg Gate

Pendidikan kesehatan merupakan segala kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang dirancang berdasarkan teori yang kuat, sehingga memberikan kesempatan dan pada individu, kelompok dan masyarakat untuk memperoleh informasi dan keterampilan yang diperlukan dalam mengambil keputusan kesehatan yang tepat (Gate, 2014)

4. Lawrence Green

Pendidikan kesehatan merupakan sebuah kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang didesain untuk memfasilitasi adaptasi perilaku yang kondusif untuk kesehatan secara sukarela. Artinya, pendidikan kesehatan tidak hanya sekedar menyampaikan informasi kepada individu, kelompok dan masyarakat melalui penyuluhan, namun juga harus mempertimbangkan berbagai macam pengalaman individu, kelompok dan masyarakat untuk memfasilitasi perubahan perilaku yang diinginkan.

Berdasarkan pengertian pendidikan kesehatan dari para ahli, dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan sebuah proses perubahan perilaku yang terjadi atas kesadaran diri dari individu, kelompok atau masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya secara optimal.

3.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku individu, kelompok maupun masyarakat agar mampu menjaga, meningkatkan dan memulihkan kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan. Sehingga diharapkan dapat terjadi perubahan perilaku tidak hanya pada individu, melainkan juga adanya keterlibatan peran aktif pada lingkup keluarga dan masyarakat sebagai upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Selain itu, tujuan lainnya adalah melalui pendidikan kesehatan diharapkan angka kesakitan dan angka kematian di masyarakat menurun sehingga dapat meningkatkan harapan hidup. Menurut WHO dalam Nutbeam (2018), pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku seseorang dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

3.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Notoatmodjo (2014) menyebutkan terdapat 3 dimensi dalam ruang lingkup pendidikan kesehatan, yaitu dimensi aspek kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1. Aspek kesehatan

Dalam ilmu kesehatan masyarakat terdapat 4 aspek pokok, yaitu promosi (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif)

2. Tempat pelaksanaan

3. Pendidikan kesehatan berdasarkan tempat pelaksanaannya (Notoatmodjo (2010) dalam Waryana (2016)), yaitu:

- a. Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga/rumah tangga. Keluarga ialah elemen masyarakat yang paling

kecil, dari tatanan ini akan muncul perilaku-perilaku sosial. Para orang tua menjadi fokus utama dalam pendidikan kesehatan pada tatanan ini. Ini disebabkan peran ayah dan ibu yang merupakan pondasi dasar terbentuknya perilaku sehat bagi anak-anak.

- b. Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah. Sekolah berfungsi sebagai jembatan pendidikan untuk keluarga, dimana guru menjadi teladan yang akan dihormati. Sebagai target dalam promosi kesehatan, guru perlu dipersiapkan melalui seminar kesehatan dan lain-lain) agar dapat menciptakan atmosfer sekolah (fisik dan sosial) yang sehat, untuk mendukung pemberntukan perilaku sehat pada siswa.
- c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja. Lingkungan kerja merupakan tempat untuk mendapatkan penghidupan, sehingga kondisi fisik dan non-fisik yang sehat dan aman di lingkungan tersebut perlu diperhatikan agar produktivitas dapat berjalan dengan optimal. Pemimpin atau pemilik tempat kerja selaku orang yang mempunyai wewenang dan pembuat kebijakan perlu di dorong untuk menunjukkan kepedulian terhadap kesehatan para pekerja dan lingkungan kerjanya.
- d. Pendidikan kesehatan di tempat umum. Tempat umum yang dimaksud mencakup, pasar/pusat perbelanjaan, terimal bus, stasiun, tempat olahraga, taman kota dan akses publik lainnya. Karakteristik dari are publik yang sehat adalah kebersihan lingkungan terjaga yang dilengkapi dengan fasilitas kebersihan, air bersih dan sanitasi yang baik. Target utama dalam tatanan ini adlah pihak pengelola dengan memberikan himbauan mengenai pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan para pengguna fasilitas umum (melalui poster, brosur, tanda peringatan, papan informasi dan lain-lain)
- e. Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud misalnya puskesmas, klinik, rumah sakit dan lain-lain. Pemimpin dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut merupakan target utama pendidikan kesehatan, karena

mereka merupakan orang yang memiliki wewenang dan bertanggung jawab untuk pelaksanaan pendidikan dan promosi kesehatan di institusi mereka.

4. Tingkat pelayanan kesehatan
 - a. Promosi kesehatan, misalnya kebiasaan hidup bersih dan sehat/PHBS, perbaikan sanitasi lingkungan, peningkatan gizi dimasyarakat dan lain-lain.
 - b. Perlindungan khusus, misalnya program imunisasi.
 - c. Diagnosis dini/skrining dini dan pengobatan segera
 - d. Pembatasan kecacatan akibat kurangnya pemahaman dan pengetahuan di masyarakat terkait tidak melanjutkan pengobatan hingga selesai sehingga mengakibatkan kecacatan.
 - e. Rehabilitasi (pemulihan)

3.4 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Menurut Hanlon 1964 dikutip oleh Azwar 1983 menyebutkan terdapat tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan (Wijayanti, 2024), yaitu:

1. Tahap Sensitisasi
Tahap ini bertujuan untuk menyebarkan informasi dan meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai isu kesehatan penting seperti pemahaman tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit dan imunisasi.
2. Tahapan publisitas
Kegiatan dalam tahap ini berupa siaran press release yang dikeluarkan oleh instansi kesehatan untuk memberikan penjelasan yang lebih terperinci mengenai berbagai jenis pelayanan kesehatan
3. Tahap edukasi
Tahap ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, serta mengarahkan masyarakat ke perilaku yang diharapkan. Misalnya pentingnya pemeriksaan rutin pada ibu hamil di fasilitas pelayanan kesehatan oleh bidan atau dokter, pentingnya imunisasi dasar bagi anak dan kegiatan pendidikan kesehatan lainnya.

4. Tahap motivasi

Setelah mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan, masyarakat dapat mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan oleh kesehatan. Misalnya, setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan tumbuh kembang anak, masyarakat memiliki kesadaran dan membawa anak mereka untuk melakukan pemeriksaan tumbuh kembang anak secara rutin dan berkala ke fasilitas pelayanan kesehatan.

3.5 Teknik dan Metode Pendidikan Kesehatan

3.5.1 Teknik Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009) dalam Aji *et. al.* (2022) terdapat beberapa teknik yang dapat dilakukan sebagai pendekatan dalam proses pembelajaran pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Metode pendidikan individual

Metode pendidikan individual biasanya digunakan untuk membimbing perilaku baru individu yang mulai merasakan ketertarikan terhadap perubahan perilaku kesehatan misalnya penyuluhan, konsultasi pribadi atau wawancara.

2. Metode pendidikan kelompok

Pendekatan yang melibatkan sekelompok individu untuk saling berdiskusi, berbagi pengalaman, dan menerima informasi kesehatan secara interaktif. Metode ini efektif digunakan di berbagai setting seperti posyandu, sekolah, atau komunitas, dengan bentuk kegiatan seperti ceramah interaktif, diskusi, demonstrasi, dan simulasi. Keunggulan metode ini terletak pada efisiensi waktu, suasana yang mendukung partisipasi aktif, dan potensi membangun dukungan sosial, meskipun memerlukan fasilitator yang terampil agar diskusi tetap terarah dan semua peserta terlibat. Perlu diingat bahwa metode pendidikan kelompok harus mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran dan tingkat pendidikan formal dari sasaran. Sebab, efektifitas dan metode yang digunakan akan berbeda antara kelompok yang besar dan kelompok yang kecil.

3. Metode pendidikan massa

Metode ini digunakan untuk audiens yang bersifat umum dan luas, tanpa membedakan usia, gender, pekerjaan, status social ekonomi maupun tingkat pendidikan. Pendidikan kesehatan dengan pendekatan model ini tidak mengharapkan perubahan perilaku secara langsung, melainkan hanya dapat mencapai tingkat kesadaran (*awareness*). Kegiatan ini misalnya, ceramah umum, orasi, artikel di majalah, papan iklan dan lain-lain).

3.5.2 Teknik Pendidikan Kesehatan

Dalam pendidikan kesehatan terdapat teknik yang dapat digunakan untuk memudahkan mentransfer informasi (Wijayanti, 2014), yaitu:

1. Ceramah

Ceramah digunakan untuk menyampaikan ide, konsep dan informasi baru pada audiens. Dalam metode ini, penyampaian dari pembicara menjadi fokus utama dan tidak banyak mengharapkan interaksi dari peserta. Ceramah cenderung bersifat pasif dan satu arah. Keuntungannya, kemudahan dalam mengelola peserta, serta kemampuan untuk menjangkau jumlah peserta yang besar. Kekurangan dari metode ini adalah, komunikasi satu arah, bisa terasa monoton, materi yang panjang dan sulit dipahami dan peserta lebih pasif.

2. Diskusi

Metode yang menekankan adanya interaksi dua arah untuk memecahkan masalah. Keuntungannya adalah, dapat menstimulasi kreatifitas peserta, saling menghargai serta dapat memperluas wawasan. Kelemahan dari metode ini adalah adanya kecenderungan penyimpangan dari materi, sulit dilakukan pada kelompok peserta yang besar dan tidak semua mendapatkan informasi yang sama.

3. Demonstrasi

Metode ini artinya memperagakan suatu adegan dengan menggunakan alat dan media untuk mempermudah penyampaian informasi dari narasumber kepada peserta. Demonstrasi melibatkan indra penglihatan, indra

pendengaran, indra penciuman serta indra peraba. Kelebihan metode ini adalah penyampaian informasi menjadi lebih jelas, lebih menarik dan peserta lebih aktif. Kelemahannya adalah memerlukan keterampilan khusus dari narasumber, fasilitas yang memadai dan persiapan yang matang.

4. Problem Solving

Pendekatan ini mendorong peserta untuk terlibat dalam berpikir bagaimana cara menyelesaikan suatu permasalahan melalui pengumpulan data, analisis, presentasi informasi serta penarikan kesimpulan. Keunggulan dari pendekatan ini adalah dapat melatih peserta dalam berpikir kritis dan menyelesaikan masalah. Namun, kelemahannya adalah memerlukan waktu yang cukup lama dan lebih banyak materi bacaan.

5. Tanya Jawab

Metode ini dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang dapat harus dijawab oleh peserta. Kelebihannya, peserta menjadi lebih aktif. Kekurangannya, sulit untuk membuat pertanyaan dan peserta cenderung menjadi tegang atau takut

6. Latihan

Metode ini dirancang untuk mengasah kemampuan peserta melalui serangkaian latihan yang dilakukan secara berulang-ulang demi mencapai hasil yang memuaskan. Keunggulan dari metode ini adalah peserta dapat mengembangkan keterampilan yang cukup memadai. Namun, kekurangannya adalah memerlukan waktu yang relatif panjang dan cenderung membosankan.

7. Praktik lapangan

Strategi ini memungkinkan peserta untuk menerapkan semua konsep yang telah diajarkan dalam kehidupan sehari-hari. Keuntungannya adalah menumbuhkan semangat belajar, menguatkan motivasi, serta mendorong keterlibatan dan kreativitas. Namun, kelemahannya adalah memerlukan persiapan yang matang dalam perencanaan dan memerlukan keahlian khusus.

3.6 Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan merujuk pada usaha serta alat yang digunakan oleh penyampai pesan kesehatan untuk mengkomunikasikan pesan atau informasi melalui media cetak, media digital, maupun media luar yang bertujuan untuk memperluas pengetahuan agar dihafapkan dapat mendorong perubahan perilaku kearah yang lebih positif Notoadmodjo (2010).

3.6.1 Tujuan Penggunaan Media

Klasifikasi media dalam pendidikan kesehatan dapat dibedakan menurut cara pemakaiannya serta metode pembuatannya (Notoadmodjo dalam Pakpahan *et al*, 2021).

1. Berdasarkan cara pemakaiannya
 - a. Bahan bacaan: Buku rujukan, *leaflet*, majalah, komik kesehatan, buku cerita dan lain-lain
 - b. Bahan peraga : poster, *flipchart*, *slide*, video/film dan lain-lain
2. Berdasarkan metode pembuatannya
 - a. Media cetak
Media cetak menekankan pada pesan visual yang umumnya terdiri dari kombinasi kata-kata, gambar, serta skema warna. Contohnya, poster, *leaflet*, brosur, majalah, koran, lembar balik, stiker dan *pamphlet*. Fungsi utamanya adalah untuk mendidik dan menghibur. Keunggulan media cetak meliputi daya tahan, biaya yang relatif rendah, mudah dibawa kemana saja, tidak memerlukan Listrik saat penggunaanya, serta membantu pemahaman isi pesan kesehatan. Namun, kelemahan media cetak meliputi kecenderungan untuk musah terlipat dan tidak dapat menyajikan efek suara ataupun efek gerak.
 - b. Media elektronik
Media elektronik berfungsi sebagai saluran informasi yang mampu menampilkan suara dan visual yang dinamis. Contohnya, televisi, radio, video/film dan lain-lain. Keuntungan dari media elektronok adalah

mempermudah pemahaman. Jangkauan audiensnya cenderung lebih luas, dapat- diulang-ulang, lebih familiar di masyarakat, serta lebih menarik berkat kehadiran suara dan gambar yang bergerak. Namun, terdapat kelemahan media elektronik, antara lain biaya yang cenderung lebih tinggi, memerlukan waktu untuk proses produksinya, bergantung pada sumber daya listrik, menggunakan aplikasi atau teknologi dalam penciptaanya, serta memerlukan keahlian khusus.

c. Media luar ruangan

Media luar ruangan adalah sarana komunikasi yang berada di area publik dengan memanfaatkan media cetak dan elektronik yang bersifat statis, seperti papan iklan, kain spanduk dan *banner* lainnya. Keunggulannya, sebagai sumber informasi umum yang menghibur, lebih mudah dipahami, lebih menarik berkat tampilan gambar dan suara, memiliki jangkauan yang relatif lebih besar dan luas, serta dapat melibatkan semua indera. Kelemahannya, memerlukan biaya yang relative besar, membutuhkan sumber listrik, menggunakan perangkat atau aplikasi yang canggih, memerlukan persiapan yang matang dan keterampilan dalam pengoprasiaannya.

Penggunaan media dalam edukasi kesehatan mempunyai tujuan, sebagai berikut (Magdalena, 2021):

1. Mempermudah penyampaian informasi
2. Mencegah kesalahan persepsi
3. Memperjelas suatu informasi
4. Mempermudah dalam memahami atau menjelaskan materi edukasi
5. Memperlancar komunikasi

3.7 Peran Pendidikan Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Peningkatan kualitas kesehatan masyarakat tidak hanya semata-mata bergantung pada layanan kesehatan, melainkan juga pada kemampuan individu dan komunitas dalam memahami

serta menerapkan pola hidup sehat. Dalam hal ini, pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan menjadi dua pendekatan yang sangat signifikan dan saling berhubungan. Pendidikan kesehatan berfungsi sebagai upaya terstruktur untuk memberikan informasi, membangin sikap dan mengembangkan keterampilan masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka. Di sisi lain, promosi kesehatan meliputi strategi yang lebih luas, yang tidak hanya menyasar individu tetapi juga menciptakan leingkungan, kebijakan dan sistem sosial yang mendukung perilaku sehat. Keterkaitan antara keduanya tidak terpisahkan, karne pendidikan kesehatan merupakan dasar utama yang memperkuat efektivitas program promosi kesehtan di berbagai tingkat intervensi. Berikut ini merupakan penjelasan terkait hubungan pendidikan kesehatan dalam promosi kesehatan, yaitu:

1. Pendidikan sebagai komponen promosi kesehatan
Promosi kesehatan merupakan perpaduan antara pendidikan kesehatan dan tindakan yang melibatkan aspek ekonomi, politik serta organisasi yang dirancang untuk mendukung perubahan perilaku dan membangun lingkungan yang mendukung (Maulana, 2022)
2. Pendidikan kesehatan meningkatkan kapasitas individu
Pendidikan kesehatan diarahkan pada peningkatan kapasitas individu melalui pembelajaran, teknik dorongan, pengembangan keahlian dan peningkatan kesadaran. Hal ini bertujuan untuk memberdayakan individu dalam membuat pilihan yang sehat dan mengadopsi perilaku yang mendukung kesehatan. (Sulaiman, 2022)
3. Sinergi dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat
Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan saling melengkapi untuk mencapai sasaran kesehatan komunitas. Pendidikan kesehatan memberikan infromasi dan kemampuan yang dibutuhkan, sedangkan promosi kesehatan membangun suasana yang mendukung perubahan perilaku yang sehat

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, S.P., Nugroho, F. S., Rahardjo, B. (2022). Promosi Dan Pendidikan Kesehatan di Masyarakat (Strategi dan Tahapannya). Padang. PT Global Eksekutif Teknologi.
- Gate, E. (2014). Principles and Foundations of Health Promotion and Education Cottrell Girvan Mckenzie, Fifth Edition. Amerika: Pearson Education Limited.
- Green, L. W., & Iverson, D. C. (1982). School health education. *Annual Review of Public Health*, 3(1), 321-338.
- Magdalena, C. (2021) Pendidikan dan Promosi Kesehatan. I. Edited by S. Siregar. Medan: UIM Press.
- Maulana, N. (2022). Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Penerbit CV. SARNU UNTUNG.
- Notoatmodjo, S. (2010) 'Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi', in. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nutbeam, D. (2018). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, 78(6), 705-709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215> (Original work published 2019)
- Pakpahan, M. (2021). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sulaiman, E. S. (2022). Pendidikan dan promosi kesehatan: Teori dan implementasi di Indonesia. Ugm Press.
- Suliha, Uha, Herawani, Sumiati, Yeti Resnayati, Monica Ester. (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Waryana. 2016. Promosi Kesehatan, Penyuluhan, dan Pemberdayaan Masyarakat, cetakan pertama. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Wijayanti, A. Rachmah, S. Holida, S, (2024). Buku Ajar Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Jakarta. PT Nuansa Fajar Cemerlang.

BAB 4

PENDIDIKAN PERILAKU KESEHATAN

Oleh Sri Maywati

4.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap orang. Oleh karena itu perlu untuk mengupayakan kondisi sehat bagi setiap tubuh. Banyak hal yang dapat dilakukan oleh individu dalam keadaan tubuh yang sehat, oleh karenanya sehat secara fisik akan memberi dampak pula pada berbagai aktivitas sehari-hari. Begitupun sebaliknya, walaupun sehat bukanlah segalanya namun tanpa kesehatan segalanya menjadi tiada berarti.

Pendidikan perilaku kesehatan adalah cara untuk meningkatkan kesehatan. Pada dasarnya, pendidikan perilaku adalah upaya sadar dan terencana untuk membentuk dan mengembangkan perilaku individu atau masyarakat sehingga mereka menjadi individu yang baik dan bermanfaat bagi diri sendiri, keluarga, dan masyarakat. Ini dilakukan dengan memberikan pengetahuan kepada individu atau masyarakat, menumbuhkan sikap positif, dan mendorong perubahan perilaku individu atau kelompok ke arah yang lebih sehat. Dengan kata lain, pendidikan perilaku kesehatan tidak hanya memberikan pengetahuan; itu juga membantu orang memahami prinsip dan keterampilan yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang baik.

Pendidikan perilaku kesehatan tidak hanya dilakukan pada level pendidikan formal. Namun pada kenyataannya pendidikan perilaku kesehatan dapat diterapkan pada berbagai situasi terutama yang berhubungan langsung dengan masyarakat baik secara perorangan maupun secara kelompok masyarakat.

Dalam bab ini, kita akan mempelajari konsep dasar tentang pendidikan perilaku kesehatan dan prinsip-prinsipnya. Kami

juga akan membahas faktor-faktor yang mempengaruhi seberapa baik intervensi pendidikan kesehatan berjalan. Sangat penting bagi tenaga kesehatan, pendidik, dan pembuat kebijakan untuk memahami pendidikan perilaku kesehatan saat membuat program promosi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

4.1.1 Definisi pendidikan perilaku kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) pendidikan kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan secara sadar untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman maupun keterampilan seseorang tentang kesehatan. Pendidikan perilaku juga dimaksudkan untuk tujuan perubahan perilaku yang lebih baik dalam hal kesehatan. Melalui pendidikan perilaku kesehatan diharapkan masyarakat dapat membuat keputusan yang tepat untuk diri mereka sendiri dan orang lain.

Pendidikan perilaku kesehatan juga merupakan kegiatan yang berlangsung terus menerus secara dinamis, yaitu keadaan seseorang yang terus menyesuaikan dengan pengetahuan atau informasi baru tentang kesehatan. Pada akhirnya dapat menerapkan perilaku kesehatan dalam kehidupannya sehingga tercapai kondisi sehat yang utuh yaitu sehat secara fisik maupun sehat secara mental dan juga produktif secara ekonomi.

World Health Organization (WHO) tidak memberikan definisi yang jelas untuk "pendidikan perilaku kesehatan" secara keseluruhan; namun, organisasi ini sering membahas istilah ini dalam konteks promosi kesehatan (*health promotion*) dan pendidikan kesehatan (*health education*), terutama terkait dengan perubahan perilaku kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan program promosi kesehatan. Pembahasan kaitan pendidikan kesehatan dengan promosi kesehatan akan dibahas dalam pokok bahasan selanjutnya.

4.1.2 Pentingnya pendidikan perilaku dalam promosi kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan. Pada dasarnya pendidikan kesehatan lebih mengarah kepada upaya peningkatan pengetahuan (*knowledge*). Perilaku

kesehatan dapat dipraktikan apabila seseorang telah mendapatkan pengetahuan yang akan direkam dalam memori ingatan dan dipahami sebagai suatu informasi. Pengetahuan yang diperoleh dari proses pendidikan akan mempengaruhi pola pikir seseorang dan selanjutnya akan diresapi dalam pemikiran seseorang. Selanjutnya terjadi proses internalisasi akan merubah kepada pemahaman dan kesadaran seseorang terhadap suatu hal yang berkaitan dengan kesehatan.

Promosi kesehatan lebih luas dari edukasi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya membahas tentang proses penyampaian informasi atau pengetahuan tetapi juga upaya menciptakan situasi yang mendukung diterapkannya perilaku atau tindakan yang sehat. Termasuk dalam hal dukungan terhadap penerapan perilaku kesehatan adalah kebijakan atau kewenangan dari para pengambil keputusan yang turut memberi kontribusi dalam penerapan promosi kesehatan.

Salah satu contoh pendidikan kesehatan dan kaitanya dengan promosi kesehatan yaitu pendidikan kesehatan mengenai cuci tangan pakai sabun kepada siswa sekolah. Banyak praktisi kesehatan menyampaikan materi pengetahuan tentang cuci tangan pakai sabun dengan berbagai metode dan media seperti disampaikan melalui lagu yang dihapalkan dan simulasi yang dipraktikan. Namun kenyataanya praktik cuci tangan pakai sabun tidak dilaksanakan oleh siswa dengan alasan tidak tersedia sabun dan air mengalir di area sekolah.

Berdasarkan ilustrasi di atas, hal ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak hanya mengandalkan pada penyampaian informasi saja tetapi diperlukan dukungan dari berbagai sektor termasuk kondisi lingkungan yang mendukung (*supportive environment*). Upaya menyediakan kondisi lingkungan yang mendukung dalam penerapan perilaku kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor kebijakan, yaitu peran pemangku kepentingan yang mendukung dalam penyediaan fasilitas untuk penerapan perilaku kesehatan.

4.1.3 Tujuan dan manfaat pendidikan perilaku kesehatan

Pendidikan perilaku kesehatan dapat dilakukan dimana saja baik pada tingkat pendidikan formal maupun informal atau

nonformal. Pendidikan perilaku kesehatan yang bersifat formal adalah proses pendidikan perilaku kesehatan yang terstruktur dan memiliki urutan atau kurikulum yang jelas dan resmi. Hal ini dapat dicontohkan adalah materi kesehatan yang disampaikan oleh guru kepada siswa. Jalur pendidikan informal merupakan proses penyampaian materi kesehatan secara tidak terstruktur, terjadi secara alami dalam hubungan kehidupan sosial seperti informasi atau pengetahuan yang disampaikan dalam interaksi antar anggota keluarga, sesama tetangga atau teman bermain. Sedangkan jalur pendidikan nonformal yaitu proses pendidikan yang terjadi secara terstruktur tetapi diluar lingkup pendidikan formal, misalnya lembaga pelatihan atau kursus.

Pendidikan perilaku kesehatan memiliki tujuan sebagai berikut ;

1. Pengetahuan tentang kesehatan yang meningkat
Pemberian informasi tentang masalah kesehatan akan meningkatkan pengetahuan seseorang. Orang yang telah mendapatkan pendidikan perilaku kesehatan tentu akan mengalami peningkatan dalam hal pengetahuan tentang kesehatan. Penyampaian informasi kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai media edukasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat (Ramadhiani, 2023). Salah satu contoh pendidikan kesehatan yang disampaikan di posyandu mampu meningkatkan pengetahuan kader posyandu dalam pencegahan komplikasi penyakit hipertensi di masyarakat (Maywati, Annashr and Laksmi, 2023).
2. Terjadi perubahan dalam sikap dan praktik kesehatan
Informasi kesehatan yang diterima oleh seseorang akan membentuk sikap dan pandangan mengenai sesuatu hal. Sikap pada dasarnya adalah respon internal seseorang terhadap masalah tertentu. Sikap menggambarkan kecenderungan seseorang untuk menyukai atau tidak menyukai suatu hal atau obyek atau gagasan tertentu. Perubahan sikap dari yang awalnya tidak menyukai menjadi menyukai atau dari yang tidak mendukung menjadi mendukung tentang perilaku kesehatan tentu tidak terjadi

secara instan, melainkan juga ada peranan dari pengetahuan yang semakin membaik. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hartati and Putri, 2021) menunjukkan pemberian informasi kepada siswa dapat merubah sikap siswa tentang bahaya perilaku merokok.

Selanjutnya informasi kesehatan yang diperoleh setelah mampu mempengaruhi pada sikap akan memberikan dampak berupa perubahan pada praktik kesehatan seseorang. Orang yang telah memiliki pengetahuan yang memadai dan sikap yang positif diharapkan juga mampu menerapkan suatu materi kesehatan dalam aktifitas sehari-hari. Penelitian yang dilakukan oleh (Metwally *et al.*, 2020) menunjukkan intervensi pemberian edukasi selama 1 tahun mampu memperbaiki pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam menangani anak dengan anemia sehingga pola makan menjadi lebih baik dan mampu terlepas dari status anemia.

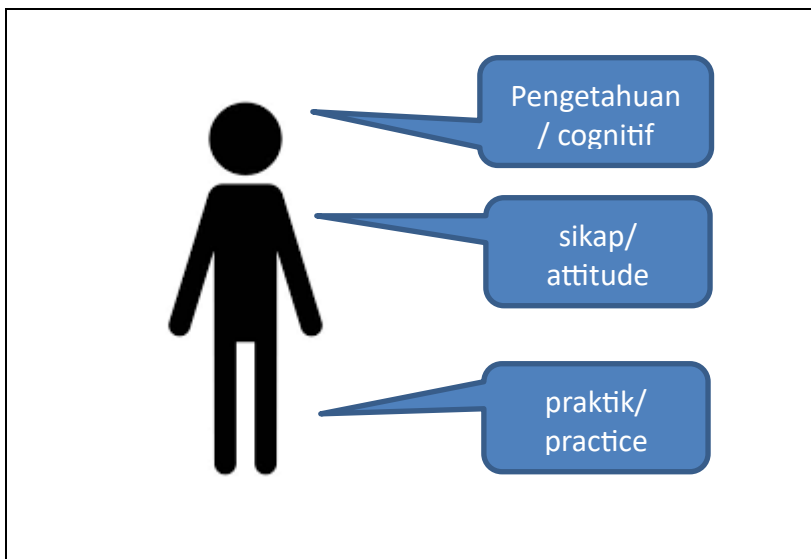
3. Pengambilan keputusan yang lebih baik dalam hal kesehatan

Informasi tentang kesehatan yang baik akan membuat seseorang mampu menentukan keputusan yang diambilnya. Penelitian yang dilakukan oleh (Yuniarti and Kirana, 2025) menunjukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan akseptor dengan pemilihan alat kontrasepsi IUD di puskesmas Teluk Dalam Banjarmasin. Hal ini dapat diartikan bahwa pengetahuan yang diterima oleh seseorang dari berbagai sumber informasi mampu membuat seseorang untuk dapat menentukan keputusan terbaik bagi dirinya. Dalam konteks penelitian mengenai pemilihan alat kontrasepsi tentunya seseorang menentukan pilihan berdasarkan pengetahuan dan pemahaman mengenai keunggulan, kelemahan, dampak kesehatan, dan lain sebagainya.

4.2 Konsep dasar perilaku kesehatan

Semua bentuk respons seseorang terhadap penyakit, pengobatan, gaya hidup, serta upaya pencegahan dan promosi kesehatan termasuk dalam kategori perilaku kesehatan. Perilaku

kesehatan meliputi tiga domain yaitu P-S-P (pengetahuan, sikap dan praktik). Secara logika apabila pengetahuannya baik, maka sikapnya juga baik dan selanjutnya praktiknya juga baik. Tetapi secara nyata yang terjadi tidak selalu demikian. Ada orang yang pengetahuannya baik, sikapnya baik tetapi praktiknya tidak baik. Contohnya adalah perilaku merokok, banyak orang sudah mengetahui tentang bahaya merokok, tetapi tetap melakukan praktik merokok dengan alasan sudah mengalami kecanduan dan sulit untuk melepaskan diri.



Gambar 4.1. Konsep perilaku dalam diri manusia

Berdasarkan gambar di atas, dapat dijelaskan bahwa pengetahuan berada di area otak atau ranah kognitif. Hal ini di artikan domain pengetahuan sebagai perilaku internal atau yang belum dapat dilihat karena masih berada di dalam tubuh. Selanjutnya masuk ke ranah sikap yaitu respon internal individu terhadap suatu hal yang melibatkan perasaan (melibatkan emosi, kemauan, persespi diri, kecenderungan). Sikap juga merupakan perilaku yang tidak nyata atau tidak ada bentuknya. Kedua domain perilaku (pengetahuan dan sikap) merupakan perilaku internal yang tidak dapat dilihat. Domain perilaku yang selanjutnya adalah praktik atau tindakan. Pada gambar di atas

dapat dilihat praktik berada pada anggota gerak tangan dan kaki, maksudnya adalah praktik merupakan tindakan nyata yang dilakukan oleh seseorang, praktik merupakan perilaku yang dapat diobservasi.

Memahami konsep tentang perilaku akan membuka pola pikir atau mindset kita bahwa perubahan perilaku tidak dapat dilakukan secara instan. Hal ini karena perilaku terdiri dari tiga domain (pengetahuan, sikap dan praktik) yang masing-masing memiliki tantangan dan strategi tertentu dalam penerapannya.

4.2.1 Pengertian perilaku kesehatan

Perilaku ini termasuk keputusan sadar maupun tidak sadar yang berdampak langsung maupun tidak langsung pada kondisi kesehatan seseorang. Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa ada tiga kategori utama perilaku kesehatan:

1. Perilaku pencegahan (preventif): Tindakan untuk menghindari penyakit. Upaya pencegahan direkomendasikan untuk diutamakan dalam penerapannya. Hal ini karena mencegah lebih mudah dilakukan, tidak memerlukan biaya besar dan terbukti memberikan kontribusi nyata dalam hal kesehatan. Contoh dalam konteks kesehatan seperti melakukan vaksinasi dasar pada bayi/balita. Melalui pemberian vaksin yang tepat sesuai jadwal dan jenis vaksin pada balita terbukti mampu mencegah timbulnya penyakit tertentu. Upaya pencegahan ini tentunya lebih mudah diterapkan dan memberikan keuntungan bagi masyarakat. Timbulnya penyakit tertentu yang disebabkan anak tidak mendapat vaksin akan sangat merugikan bagi anak karena mengalami sakit, bahkan bisa terjadi cedera (cacat seperti kasus polio) bahkan mengancam kematian anak.

Upaya pencegahan ini tidak bisa dibebankan kepada sektor kesehatan saja dalam penerapannya. Oleh karena itu pemerintah bersama dengan berbagai lintas sector saling mendukung dalam penerapan perilaku pencegahan penyakit di masyarakat baik untuk sasaran bayi/balita maupun kelompok usia lainnya. Contoh kerjasama lintas sector dalam perilaku pencegahan penyakit adalah program BIAS

(bulan imunisasi anak sekolah) yang merupakan program puskesmas, dalam pelaksanaannya melibatkan koordinasi dengan institusi pendidikan yaitu sekolah.

2. Perilaku pencarian pengobatan: Respon individu terhadap gejala penyakit, seperti mengunjungi dokter atau membeli obat.

Upaya pencarian pengobatan berbeda-beda tergantung tingkat kebutuhan yang dirasakan oleh individu/masyarakat, faktor pengetahuan, faktor sikap, dukungan orang disekitarnya dan juga ketersediaan sarana dan prasarana yang ada. Seseorang yang mengalami gejala sakit tertentu ada yang segera mencari pengobatan dengan mendatangi tenaga kesehatan atau pelayanan kesehatan, ada pula yang pergi ke warung untuk membeli obat, ada juga yang hanya duduk diam dirumah dengan alasan nanti akan sembuh sendiri. Perilaku tersebut tetunya sangat tergantung dari kebutuhan individu masing-masing.

Keinginan untuk mencari pengobatan terkadang juga terbentur oleh keadaan. Misalnya orang mengalami gejala sakit dan ingin mendatangi pelayanan kesehatan (puskesmas), namun akses ke puskesmas cukup jauh dan memerlukan biaya transportasi – padahal orang ini tidak memiliki uang untuk transport. Hal ini membuat perilaku mencari pengobatan berubah dari yang awalnya ingin mendatangi pelayanan kesehatan berubah menjadi membeli obat di warung saja.

Perilaku mencari pengobatan pada masyarakat yang tinggal di lokasi dengan akses yang cukup sulit ke pelayanan kesehatan, seringkali ditemukan cara lain dengan memanfaatkan potensi yang ada disekitarnya seperti membuat obat dari bahan-bahan tradisional atau bahkan sebagian masyarakat menggunakan ritual tertentu yang melibatkan keyakinan dan kepercayaan tertentu yang diyakini. Contohnya ritual pengobatan *Maduai Kaka'* di Desa Langara Bajo Kecamatan Wawonii Barat Kabupaten Konawe Kepulauan. Suku Bajo di Pulau Wawonii percaya bahwa ritual pengobatan *Maduai kaka'* dapat menyembuhkan

orang yang sakit tanpa bantuan medis (Firmayanti and Suraya, 2024).

3. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance behavior*): Aktivitas yang membantu Anda tetap sehat, seperti berolahraga, makan makanan yang baik, dan tidur cukup.

Kondisi tubuh yang sehat harus tetap dipertahankan sehat agar tidak menjadi sakit. Salah satu perilaku yang penting adalah upaya memelihara kesehatan berupa cara untuk mempertahankan tubuh tetap sehat dan bugar. Konsumsi makanan yang bergizi seimbang dan melakukan aktifitas fisik seperti olahraga rutin merupakan salah satu bentuk perilaku dalam pemeliharaan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang kuat antara aktifitas fisik dengan stabilitas tekanan darah pada penderita hipertensi di puskesmas Kembaran 1 Kabupaten Banyumas (Patturahman, Wibowo and Yudiono, 2024). Hal ini berarti kegiatan pemeliharaan tekanan darah yang stabil dapat dilakukan dengan menerapkan kegiatan atau aktifitas yang ringan sampai sedang secara rutin. Aktiiftas fisik rutin dapat memperlancar aliran darah secara optimal sehingga mengurangi tekanan yang berlebih dalam pembuluh darah.

Perilaku pemeliharaan kesehatan juga penting bagi kelompok anak dan balita. Orang tua bertanggung jawab untuk menjaga kondisi kesehatan anak /balita agar tetap sehat. Salahsatu upaya yang dapat dilakukan oleh orang tua adalah memastikan anak/ balita tercukupi asupan gizi yang seimbang, membawa anak ke posyandu untuk penimbangan dan pemeriksaan kesehatan secara rutin juga dapat menjadi perilaku pemeliharaan kesehatan.

4.2.2 Jenis-jenis perilaku kesehatan

Pada dasarnya perilaku kesehatan meliputi dikategorikan sesuai tujuannya yaitu perilaku promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Selanjutnya akan dibahas perilaku kesehatan menurut sudut pandang kesehatan masyarakat.

1. Perilaku peningkatan kesehatan (promotif)

Upaya promotif bertujuan untuk mendorong masyarakat dalam meningkatkan kesehatan guna mendapatkan keadaan kesehatan yang sebaik-baiknya. Salah satu bentuk upaya promotif adalah kegiatan penyuluhan kesehatan yang disampaikan di berbagai sasaran seperti penyuluhan di posyandu, sosialisasi kesehatan pada anak sekolah, program gerakan masyarakat sehat (GERMAS), edukasi penderita penyakit kronis di prolanis, pelayanan konsultasi kesehatan, dan lain sebagainya.

2. Perilaku pencegahan (preventif)

Upaya preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan. Sebagai contoh stunting pada anak dapat dicegah dari berbagai aspek karena penyebab kejadian stunting yang multi faktor dan sangat kompleks. Pencegahan kejadian stunting dapat dilakukan dari beberapa komponen besar seperti masalah ekonomi, faktor ibu, faktor anak, faktor lingkungan. Perilaku pencegahan stunting dari faktor ibu antara lain mulai dari menyiapkan calon ibu yang sehat seperti mencegah anemia pada remaja putri dengan perilaku konsumsi tablet tambah darah (TTD), perilaku konsumsi asupan makanan bergizi bagi ibu hamil untuk menjamin kecukupan zat gizi selama kehamilan dan mencegah terjadinya anemia selama kehamilan, perilaku pemeriksaan kehamilan yang memadai dan lain sebagainya. Pencegahan stunting juga dapat dilakukan pada anak bayi/balita dengan perilaku pola asuh yang baik untuk menjaga anak tidak mengalami sakit infeksi yang berulang dan perilaku pemberian makanan bergizi seimbang bagi anak. Perilaku dalam pengasuhan anak juga perlu diperhatikan sebagai upaya pencegahan kejadian stunting. Pencegahan stunting dari faktor lingkungan tidak kalah penting, misalnya dengan menyediakan akses sanitasi yang memadai meliputi akses masyarakat terhadap sumber air bersih dan air minum yang memadai, akses jamban sehat, rumah tinggal yang sehat, kualitas udara yang baik dan lain sebagainya.

3. Perilaku pengobatan (kuratif)

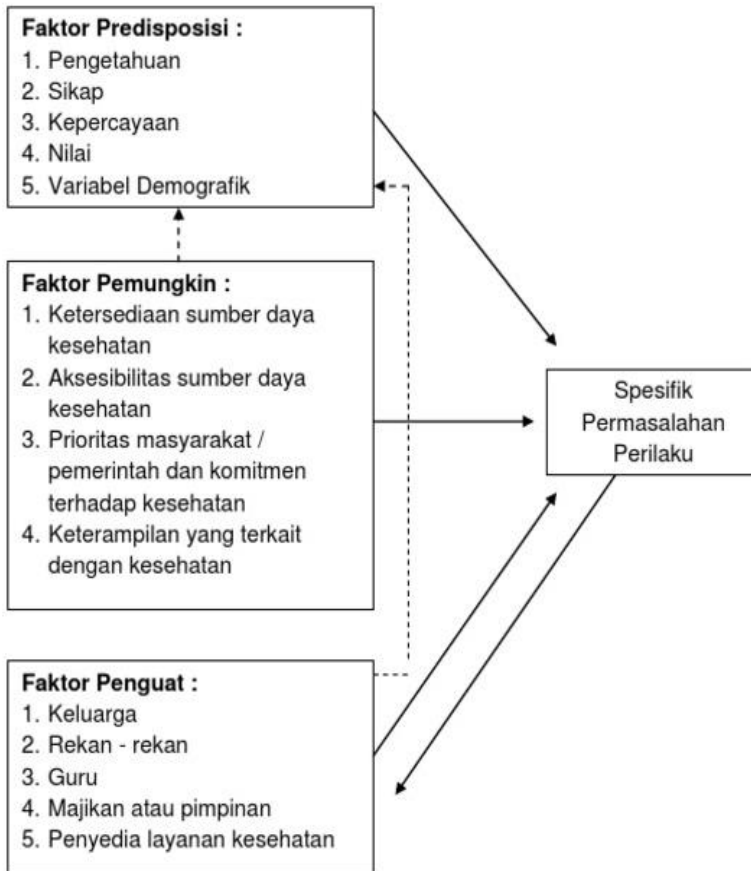
Pembahasan perilaku pengobatan (kuratif) dalam sudut pandang kesehatan masyarakat adalah bagaimana masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan yang diperlukan apabila membutuhkannya. Selain itu penting untuk mengetahui bagaimana perilaku masyarakat dalam upaya pengobatan bagi diri atau keluarganya bila sakit. Masyarakat yang berdomisili di wilayah yang mudah akses untuk ke pelayanan kesehatan cenderung tinggi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun sebaliknya pada wilayah yang sulit untuk akses ke pelayanan kesehatan maka perilaku kuratif sering di dominasi oleh upaya pengobatan sendiri (pengobatan tradisional) atau pengobatan alternatif lainnya.

4. Perilaku pemulihan (rehabilitative)

Upaya rehabilitative atau perilaku pemulihan dapat diterapkan dalam sudut pandang kesehatan masyarakat berupa upaya yang dapat dilakukan untuk pemulihan kesehatan. Contoh perilaku rehabilitative adalah dukungan psikososial bagi penderita yang mengalami masalah kesehatan mental, terapi fisik (fisiotherapy) pada anggota gerak yang mengalami cedera, program rehabilitasi bagi pecandu narkoba.

4.2.3 Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan (internal dan eksternal)

Menurut L.Green dalam (Notoatmodjo, 2012) bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.



Gambar 4.2. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (L. Green)

1. Faktor predisposisi (*predisposing*)
Faktor predisposisi merupakan faktor yang mendahului dan menjadi faktor yang mempengaruhi dari suatu perilaku kesehatan tertentu. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan sikap, kepercayaan, nilai dan variabel demografik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan)
2. Faktor pemungkin(*enabling*)
Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan seseorang menerapkan perilaku kesehatan tertentu. Faktor

ini meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan (sarana/prasarana), aksesibilitas sumber daya kesehatan termasuk keterjangkauan, prioritas atau komitmen masyarakat atau pemerintah yang dapat disebut juga sebagai kebijakan yang mendukung suatu perilaku. Keterampilan yang terkait dengan kesehatan juga termasuk dalam faktor yang memungkinkan seseorang untuk menerapkan perilaku kesehatan tertentu.

3. Faktor penguat (*reinforcing*)

Faktor penguat atau *reinforcing* merupakan faktor dari luar diri yang dapat menguatkan penerapan perilaku seseorang. Faktor penguat berasal dari pihak lain yang memiliki kewenangan atau memiliki peran dalam perilaku tertentu. Termasuk dalam faktor penguat yaitu tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dukungan keluarga, peran teman sebaya, dan lain sebagainya tergantung pada konteks perilaku kesehatan yang dilakukan.

4.3 Proses Perubahan Perilaku

Proses dimana seseorang mengubah kebiasaan, tindakan, atau sikap untuk mencapai tujuan atau meningkatkan kualitas hidup disebut perubahan perilaku. Proses ini melibatkan belajar, mendapatkan informasi, dan menerapkan pengetahuan baru untuk mengubah perilaku lama. Perubahan perilaku membutuhkan waktu yang lama dan dilakukan secara bertahap. Ada proses internalisasi dan peresapan dalam diri individu sehingga memutuskan untuk berubah perilakunya. Perubahan perilaku yang didasari dengan proses pembelajaran atau diawali dengan pemberian informasi terlebih dahulu untuk meningkatkan pengetahuan akan bertahan lama dan tidak mudah kembali kepada perilaku lama. Proses perubahan perilaku dipengaruhi oleh rangsangan yang diterima, motivasi diri untuk berubah, pengalaman dan juga lingkungan yang mendukung.

4.3.1 Tahapan perubahan perilaku

Perubahan perilaku terjadi secara bertahap. Teori yang mendasari perubahan perilaku yang banyak digunakan adalah Teori Transtheoretical Model (TTM), juga dikenal sebagai Model Tahapan Perubahan. Teori ini memberikan penjelasan tentang bagaimana individu umumnya mengubah perilaku mereka. Tahapan perubahan perilaku terdiri dari Pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, pemeliharaan, dan penghentian adalah enam fase perubahan perilaku yang diidentifikasi oleh model ini. TTM membantu memahami proses perubahan perilaku yang kompleks dan memungkinkan desain intervensi yang sesuai dengan tahap perubahan individu. Berikut penjelasan dari tahap perubahan perilaku:

1. Tahap Pra-kontemplasi yaitu individu belum memikirkan untuk perubahan perilaku. Misalnya seorang yang obesitas masih merasa nyaman saja walau berat badannya berlebihan. Perilaku makan yang tidak sehat sering dilakukan dalam lingkungan sosial yang tidak menunjukkan protes membuat individu tersebut merasa 'baik-baik saja' sehingga tidak ada keinginan untuk merubah perilaku makan.
2. Tahap Kontemplasi; keadaan dimana seseorang obesitas tadi setelah menerima rangsangan berupa informasi dampak kesehatan akibat obesitas mulai memikirkan untuk merubah perilaku dan ada keinginan untuk mengurangi berat badan. Tetapi baru sebatas mempertimbangkan dan belum mengambil tindakan apapun.
3. Tahap persiapan; seseorang mulai melakukan persiapan untuk merubah perilaku. Menyusun rencana dan mencari informasi mengenai pola makan, informasi tentang diet sehat atau mencari informasi olahraga yang ringan namun efektif membakar lemak menjadi langkah awal yang dilakukan.
4. Tindakan; pada tahap ini seseorang telah melakukan tindakan secara aktif dalam upaya mengurangi berat badannya, misalnya aktif melakukan olahraga, aktif menerapkan pola diet yang efektif. Tahap ini bisa menjadi

- gagal apa bila individu tidak konsisten dalam penerapan perilakunya.
5. Tahap pemeliharaan; yaitu seseorang telah merubah perilaku dan tetap bertahan dengan perilaku baru tersebut.
 6. Tahap penghentian; yaitu seseorang telah berubah perilaku secara menetap.

4.3.2 Faktor pendukung dan penghambat perubahan perilaku

Terjadinya perubahan perilaku kesehatan dapat didukung oleh beberapa hal seperti pengetahuan dan kesadaran yang baik akan membantu dalam proses perubahan perilaku. Dukungan sosial dari komunitas atau lingkungan sekitarnya juga berperan dalam mendukung terjadinya perubahan perilaku sehat. Selain itu, keterjangkauan terhadap fasilitas layanan kesehatan juga turut mendukung dalam perubahan perilaku sehat, seperti contoh di atas tadi seseorang yang ingin merubah perilaku diet sehat akan sangat terbantu jika ada konsultan gizi yang dapat dijangkau untuk membantunya melaksanakan program diet sehat. Faktor yang juga memegang peranan penting adalah motivasi diri yang kuat untuk berubah sehingga dapat mempertahankan perilaku sehat secara permanen.

Adapun beberapa hal menjadi faktor penghambat perubahan perilaku antara lain kurangnya pengetahuan tentang perilaku sehat tertentu sehingga proses perubahan perilaku dapat terhambat atau berhenti di perjalanannya. Faktor penghambat kedua adalah ketergantungan pada perilaku lama yang dianggap sebagai sesuatu yang wajar dan tidak menimbulkan gangguan pada kesehatan seperti perilaku merokok yang dianggap sudah kecanduan. Faktor ketiga adalah norma sosial yang kurang mendukung perilaku sehat, sesuatu yang telah dianggap biasa dan lazim dimasyarakat seperti kebiasaan merokok saat berkumpul bersama teman. Faktor lain yang juga menjadi penghambat perubahan perilaku adalah kurangnya dukungan sarana seperti akses yang jauh ke fasilitas olahraga, sulitnya mencari penyedia catering makanan sehat yang dianggap mahal.

4.3.3 Pendekatan edukasi dalam mendorong perubahan perilaku

Salah satu upaya mendorong perubahan perilaku sehat adalah melalui pendekatan edukatif. Terdapat proses belajar dan mengajar dalam pendekatan edukatif dalam bentuk penyampaian informasi tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan bertujuan 1). Agar masyarakat menjadikan kesehatan sebagai sebagai suatu hal yang penting. 2) Agar setiap individu atau kelompok memiliki kemandirian untuk dapat mencapai kesehatan. 3) mendorong masyarakat untuk dapat menggunakan sarana pelayanan kesehatan secara efektif, dan 4) agar individu atau masyarakat dapat bertanggung jawab dalam penerapan kesehatan.

Keberhasilan proses edukasi ini tergantung pada penyampaian informasi yang efektif. Prinsip komunikasi juga berlaku dalam konteks ini, beberapa komponen komunikasi turut berperan dalam proses penyampaian informasi. Komponen komunikasi meliputi komunikator (pembawa pesan), komunikan (penerima pesan), pesan (konten informasi), sarana (media) dan dampak / umpan balik.

Seorang komunikator harus memiliki kemampuan yang memadai untuk dapat menyampaikan informasi dengan benar. Oleh karena itu latar keilmuan atau keahlian seorang komunikator juga perlu dipertimbangkan dalam penyampaian suatu materi informasi tertentu agar dapat dipercaya oleh komunikan. Dari sisi komunikan, karakteristik komunikan juga memegang peran dalam keberhasilan proses penyampaian informasi. Karakteristik komunikan meliputi tingkat pendidikan, pengalaman dan motivasi individu. Sarana atau media juga menjadi komponen yang penting dalam penyampaian informasi kesehatan. Pemilihan media informasi harus menyesuaikan dengan sasaran. Media informasi kesehatan dapat berbentuk cetak ataupun elektronik, media sosial media menjadi sarana yang banyak digunakan dan dapat menjangkau sasaran lebih luas. Dmpak atau umpan balik perlu diidentifikasi dan di evaluasi untuk melihat apakah edukasi kesehatan yang diberikan telah sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan.

4.4 Strategi Pendidikan Perilaku Kesehatan

4.4.1 Pendekatan kognitif

Pendekatan kognitif merupakan pendekatan pendidikan yang mengutamakan pada pemberian informasi untuk meningkatkan pengetahuan agar sasaran memahami pentingnya kesehatan. Model edukasi kesehatan berupa penyuluhan, kampanye kesehatan, penyebaran informasi kesehatan melalui poster/brosur, video dan seminar kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

4.4.2 Pendekatan afektif

Pendekatan afektif mengutamakan untuk focus pada mengubah sikap dan nilai individu terhadap masalah kesehatan. Bentuk pendekatan afektif adalah edukasi melalui diskusi kelompok, konsultasi kesehatan, dan kampanye empati. Kelebihan pendekatan afektif adalah terlibat dalam sentuhan emosi dan perasaan. Keterbatasannya yaitu membutuhkan waktu lebih lama dan perlu pendekatan yang lebih personal dan dilakukan berulang (Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, 2008)

4.4.3 pendekatan psikomotor

Pendekatan psikomotor bertujuan untuk memberikan pelatihan dalam hal keterampilan kesehatan tertentu. Metode yang digunakan berupa simulasi, demonstrasi atau praktik langsung. Contoh pendidikan kesehatan dengan pendekatan psikomotor adalah pelatihan cuci tangan pakai sabun, pelatihan cara menggosok gigi, pelatihan pembuatan MPASI dengan bahan pangan lokal dan lain sebagainya. Kelebihan pendekatan ini adalah sasaran memiliki pengalaman langsung sehingga perilaku yang terbentuk akan lebih mudah dipraktikkan dan diharapkan menjadi perilaku yang menetap. Sedikit keterbatasan dalam pendekatan ini adalah memerlukan alat dan bahan yang nyata untuk praktik, mungkin membutuhkan tempat khusus dan juga butuh waktu yang khusus disediakan untuk kegiatan pelatihan (WHO, 2009).

4.4.4 Pendekatan sosial atau partisipatif

Dalam pendekatan sosial, masyarakat dilibatkan secara aktif dalam merancang dan menjalankan program kesehatan. Dengan kata lain melalui pendekatan ini ada kegiatan pemberdayaan masyarakat, pelibatan peer educator (pendidikan teman sebaya) dan perkumpulan masyarakat setempat. Bentuk dari pendekatan sosial partisipasi sudah banyak dilakukan seperti kelompok kader posyandu, kelompok wanita tani (KWT) dalam program tanaman obat keluarga (TOGA). Kelebihan dari pendekatan ini adalah menumbuhkan rasa memiliki dan tanggung jawab dari semua kelompok masyarakat yang terlibat. Adapun kekurangannya adalah proses (Green and Kreuter, 2005)

4.5 Tantangan dan Peluang dalam Pendidikan Perilaku Kesehatan

4.5.1 Tantangan budaya, ekonomi, sosial, teknologi

Pendidikan perilaku kesehatan menghadapi banyak tantangan budaya yang kompleks. Adat istiadat, nilai, dan kebiasaan masyarakat dapat menjadi penghalang atau pendukung untuk meningkatkan perilaku kesehatan. Misalnya, budaya patriarki dapat menghalangi perempuan untuk mendapatkan layanan kesehatan, sedangkan nilai-nilai tradisional tertentu dapat mendorong penggunaan obat alternatif yang belum terbukti efektif. Kemajuan teknologi yang memudahkan orang mendapatkan informasi dari internet menjadi tantangan bagi para pelaku pendidikan perilaku kesehatan karena sering beredar informasi yang tidak benar. Berkembangnya informasi yang tidak benar di dunia maya dapat menjadi hambatan dalam penerapan program kesehatan di masyarakat.

4.5.2 Peluang pemanfaatan teknologi digital (media sosial, aplikasi kesehatan, e-learning)

Kemajuan teknologi dapat menjadi peluang dalam pendidikan perilaku kesehatan. Berkembangnya media digital dan platform berbagai media sosial dapat dimanfaatkan untuk

sosialisasi, kampanye kesehatan secara virtual / daring. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan tidak terbatas pada jarak dan waktu karena melalui teknologi ini dapat dilakukan kapan saja dan dimanajaja.

4.5.3 Inovasi dalam pendekatan edukasi

Seiring kemajuan dan perkembangan teknologi informasi digital, pelaksanaan pendidikan perilaku kesehatan perlu menyesuaikan metode maupun media yang digunakan. Pendidikan perilaku kesehatan yang ditujukan kepada kelompok usia muda dapat dilakukan melalui media sosial yang sedang trending. Salah satu media sosial yang dapat digunakan untuk pendidikan kesehatan antara lain penyebaran video kesehatan melalui Tik-Tok, Twitter, WA grup, Instagram dann lain sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Firmayanti, S. and Suraya, R. S. (2024) 'Ritual Pengobatan MADUAI KAKA' pada suku Bajo di desa Langara Bajo kecaatan Wawonii Barat kabupaten Konawe Kepulauan', *LISANI: Jurnal Kelisanan dan Budaya*, 7(1), pp. 77–87.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th ed.)*. San Faransisco: Josey-Bass.
- Green, L. W. and Kreuter, M. . (2005) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach (4th ed.)*. New york: McGraw-Hill.
- Hartati, I. and Putri, S. T. (2021) 'Influence Of Health Education On Knowledge And Attitude About The Hazards Of Smoking', *International Journal of Educational Research and social Science*, pp. 716–721.
- Maywati, S., Annashr, N. N. and Laksmi, P. (2023) 'Pencegahan komplikasi hipertensi melalui edukasi kader posyandu dalam pendampingan pasien hipertensi', 7(1), pp. 8–12.
- Metwally, A. M. *et al.* (2020) 'Impact of Nutritional Health Education on Knowledge and Practices of Mothers of Anemic Children in El Othmanyia Village – Egypt', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.*, 8, pp. 458–465.
- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Patturahman, R. A., Wibowo, T. H. and Yudiono, D. T. (2024) 'Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Stabilitas Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kembaran I', *Jurnal Anestesi: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 2(1), pp. 300–314.
- Ramadhiani, A. R. (2023) 'Pengaruh Pemberian Edukasi Terhadap Pengetahuan Masyarakat Tentang Dagusibu (Dapatkan, Gunakan, Simpan Dan Buang) Obat Di Desa Kerujon', *Majalah Farmaseutik*, 19(1), p. 48. doi: 10.22146/farmaseutik.v19i1.73424.
- WHO (2009) *Health Promotion: A Practical Guide for Health*

Professionals. Geneva: WHO Publisher.

Yuniarti, E. and Kirana, R. (2025) 'Hubungan Pengetahuan Dan Dukungan Suami Dengan Penggunaan Kontrasepsi IUD Pada Akseptor KB Di Puskesmas Teluk Dalam', *Jurnal Penelitian Multidisiplin Bangsa*, 1(8), pp. 1621–1634. Available at: <https://ejournal.amirulbangunbangsapublishing.com/index.php/jpnmb/article/view/264/233>.

BAB 5

INOVASI ALAT BANTU DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN

Oleh Nourma Nurjanah

5.1 Pendahuluan

Pendidikan kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan pengetahuan serta pemahaman bagi masyarakat, terutama berkaitan dengan perilaku hidup sehat dan pencegahan penyakit. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, inovasi alat bantu dalam pendidikan kesehatan menjadi salah satu metode pembelajaran yang terus dikembangkan. Alat bantu dalam pendidikan kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai media penyampai informasi namun juga sebagai sarana interaktif yang dapat meningkatkan daya ingat, pemahaman serta keterampilan masyarakat dalam menyerap serta mengaplikasikan pengetahuan atau pendidikan kesehatan yang telah disampaikan. Di era digital seperti sekarang ini, inovasi pada alat bantu pendidikan kesehatan terus mengalami perkembangan, mulai dari media visual, audio, hingga teknologi berbasis *Artificial Intelligence* (AI) dan realitas virtual (WHO, 2020).

Tujuan dari inovasi alat bantu adalah untuk mengatasi keterbatasan pada metode konvensional. Pada metode konvensional ini biasanya dilakukan satu arah sehingga kurang menarik perhatian masyarakat sebagai target dari pendidikan kesehatan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penggunaan media pembelajaran yang inovatif, seperti simulasi interaktif, aplikasi berbasis mobile dan permainan edukatif dapat meningkatkan efektivitas penyampaian materi. Sebagai contoh, studi yang dilakukan oleh Mayer (2021) menunjukkan bahwa pembelajaran berbasis multimedia lebih efektif dibandingkan dengan metode ceramah yang tradisional. Hal ini

disebabkan pembelajaran berbasis multimedia mampu memadukan elemen visual dan auditori yang mendukung pemahaman lebih mendalam.

Selain itu, inovasi alat bantu pendidikan kesehatan ini dapat disesuaikan dengan kebutuhan audience. Pada kelompok usia anak-anak, penggunaan boneka anatomi dan video animasi terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pemahaman pendidikan kesehatan, sebagai contoh materi tentang kebersihan diri atau pola hidup bersih dan sehat. Sedangkan untuk usia remaja atau dewasa, pendekatan berbasis teknologi seperti aplikasi kesehatan dan modul e-learning lebih diminati karena dapat diakses dengan mudah dalam genggam (gadget) mereka.

Menurut penelitian Green & Bates (2019), penggunaan gamifikasi atau konsep permainan dalam pendidikan kesehatan mampu meningkatkan motivasi, keterlibatan masyarakat atau sasaran dan memperkuat partisipasi mereka dalam menerapkan pola hidup sehat. Dalam penerapan inovasi alat bantu ini memiliki tantangan, diantaranya faktor biaya, aksesibilitas, dan kesiapan tenaga pendidik atau penyuluh dalam penggunaan teknologi baru. Selain itu, efektivitas inovasi ini juga sangat bergantung pada desain dan konten yang sesuai dengan kebutuhan target sasaran. Oleh karena itu, evaluasi secara berkala serta pengembangan berbasis penelitian dan *feed back* dari pengguna menjadi hal yang harus dilakukan dalam memastikan keberhasilan inovasi alat bantu pendidikan kesehatan (Gagne et al., 2022).

Di era digital seperti sekarang ini, alat bantu pendidikan kesehatan menjadi kunci utama dalam menyampaikan informasi secara efektif dan efisien. Perkembangan teknologi memungkinkan tenaga kesehatan dan kader Posyandu menggunakan berbagai media digital, seperti video edukasi, aplikasi kesehatan dan infografis interaktif, untuk meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap isu kesehatan. Alat bantu ini tidak hanya mempercepat proses penyebaran informasi, tetapi juga meningkatkan daya tarik dan keterlibatan masyarakat dalam pembelajaran kesehatan (WHO, 2021). Dengan alat bantu digital yang tepat, edukasi kesehatan dapat menjangkau lebih

banyak orang, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil dengan akses terbatas ke fasilitas kesehatan tradisional. Namun, tantangan dalam penggunaan alat bantu digital juga perlu diperhatikan, seperti keterbatasan akses internet, kurangnya literasi digital, serta potensi penyebaran informasi kesehatan yang tidak valid. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan, kader Posyandu atau para penyuluh kesehatan lainnya untuk dibekali dengan keterampilan literasi digital agar dapat memilah informasi yang kredibel serta memanfaatkan teknologi secara optimal (Nasution et al., 2022). Dengan pemanfaatan alat bantu yang tepat, pendidikan kesehatan di era digital dapat menjadi lebih inklusif, interaktif dan berdampak luas dalam meningkatkan kesadaran serta perilaku sehat di masyarakat.

5.2 Fungsi Alat Bantu dalam Pendidikan Kesehatan

Alat bantu dalam pendidikan kesehatan memiliki peran penting dalam menunjang efektivitas penyampaian informasi dan pemahaman masyarakat terhadap isu-isu kesehatan. Berikut fungsi dari alat bantu yang berkontribusi dalam keberhasilan program pendidikan kesehatan:

1. Meningkatkan Pemahaman Informasi Kesehatan

Berbagai jenis alat bantu seperti poster, leaflet, video dan infografis dapat menyederhanakan konsep informasi tentang kesehatan atau medis yang kompleks menjadi lebih sederhana dan mudah dipahami. Visualisasi membantu masyarakat yang memiliki kemampuan literasi rendah untuk tetap dapat menerima informasi secara jelas. Media grafis juga dapat memberikan stimulasi daya ingat dan meningkatkan pemahaman hingga 80% dibandingkan dengan komunikasi secara lisan (Mayer, 2020).

2. Menarik Perhatian dan Meningkatkan Partisipasi Audiens

Alat bantu berfungsi untuk menarik perhatian dan menciptakan nuansa belajar yang lebih menarik dan interaktif agar tidak terlalu monoton dan membosankan. Penggunaan media audiovisual dan interaktif seperti simulasi atau video demonstrasi dapat meningkatkan

keterlibatan audiens, khususnya anak-anak dan remaja, sehingga pesan atau informasi mengenai kesehatan dapat lebih mudah diterima dan diinternalisasi (WHO, 2021)

3. Memperkuat Efektivitas Komunikasi dan Memberikan Pengalaman Belajar Nyata

Alat bantu tidak hanya berfungsi sebagai pelengkap, tetapi juga sebagai sarana komunikasi dua arah yang memungkinkan umpan balik dan interaksi langsung. Dalam konteks pelatihan kader kesehatan, misalnya alat bantu seperti model makanan bergizi, model anatomi atau aplikasi simulasi gizi memberi pengalaman belajar langsung yang praktis. Ini membantu kader lebih memahami konsep secara mendalam dan lebih percaya diri saat menyampaikan materi kepada masyarakat (Nasution et al., 2002)

5.3 Jenis-jenis Alat Bantu dalam Pendidikan Kesehatan

Alat bantu dalam pendidikan kesehatan merupakan media penting yang berfungsi untuk memperjelas pesan, meningkatkan pemahaman, dan memperkuat daya ingat audiens sehingga mampu memberikan pengetahuan sampai dengan kesadaran dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Alat bantu memiliki banyak variasi bentuk dan jenisnya, tergantung kepada kegiatan dan tujuan penyuluhan, karakteristik sasaran, media yang tersedia sampai dengan budget yang disiapkan dalam kegiatan pendidikan kesehatan. Pemilihan alat bantu yang tepat akan memaksimalkan hasil dari proses pendidikan kesehatan.

1. Alat Bantu Visual

Alat bantu visual adalah media yang hanya mengandalkan indera penglihatan. Contoh alat bantu visual adalah leaflet, poster, banner, spanduk, flipchart dan infografis. Media ini sangat efektif untuk menjelaskan pesan kesehatan secara sederhana dan menarik perhatian. Visualisasi yang kuat dapat mempercepat proses pemahaman dan membantu retensi informasi lebih lama dalam ingatan audiens (Mayer, 2020).

2. Alat Bantu Audio

Alat bantu audio digunakan untuk menyampaikan informasi melalui media suara, seperti radio, rekaman, podcast, atau pengeras suara dalam rangka kampanye atau edukasi kesehatan. Jenis alat bantu ini dapat digunakan untuk kelompok yang terbiasa atau lebih nyaman menerima informasi secara lisan seperti para lansia atau di lokasi dengan keterbatasan akses visual (WHO, 2021).

3. Alat Bantu Audiovisual

Alat bantu ini menggunakan dua jenis alat yaitu visual dan audio, seperti video edukasi, animasi, short video atau film pendek tentang topik kesehatan. Media ini memungkinkan audiens melihat dan mendengar informasi secara bersamaan. Alat bantu audiovisual terbukti lebih efektif dalam menyampaikan informasi yang kompleks seperti prosedur medis, perawatan bayi atau pentingnya imunisasi (Nasution et al., 2022)

4. Alat Peraga Fisik

Alat bantu peraga merupakan alat bantu fisik yang dapat disentuh dan dirasakan secara langsung. Contoh, boneka, model anatomi tubuh, model planet, model bangunan, model sayur dan buah atau isi piringku untuk edukasi gizi seimbang. Alat bantu ini sangat bermanfaat dalam pelatihan kader Posyandu karena memberikan pengalaman belajar secara langsung dan lebih praktis serta meningkatkan keterampilan secara nyata.

5. Alat Bantu Digital/ Interaktif

Alat bantu digital/ interaktif dapat berupa aplikasi mobile, e-learning, dan platform edukasi berbasis web telah menjadi bagian penting dalam pendidikan kesehatan di era digital seperti sekarang ini. Melalui alat bantu ini informasi dapat disampaikan secara interaktif dan disesuaikan dengan kebutuhan individu. Aplikasi seperti e-Posyandu, Rumah Gizi Digital atau Ayo Cegah Stunting menjadi contoh implementasi teknologi dalam mendukung kader Posyandu (Kemenkes RI, 2023). Contoh lain dari aplikasi mobile yang dapat digunakan sebagai media edukasi kesehatan oleh masyarakat adalah Sehat Indonesiaku, Halodoc, Mobile JKN,

Satu Sehat Mobile dan masih banyak lagi aplikasi mobile kesehatan yang dikembangkan saat ini.

6. Alat Bantu Berbasis Realitas Virtual (VR) dan *Augmented Reality* (AR)

Alat bantu berbasis VR dan AR digunakan dalam pelatihan kesehatan lanjutan, terutama untuk visualisasi organ tubuh atau simulasi tindakan medis. Meskipun alat bantu ini belum digunakan secara meluas, di masa depan penggunaannya menjadi sangat potensial untuk pelatihan kader kesehatan secara praktis dan dapat menciptakan pengalaman sesuai dengan realitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan menggunakan VR meningkatkan kemampuan klinis hingga 30% dibandingkan dengan pelatihan konvensional (Mayer, 2020).

7. Alat Bantu Berbasis Permainan Edukasi (Gamifikasi)

Alat bantu gamifikasi merupakan pendekatan pendidikan kesehatan yang menggunakan unsur permainan, seperti kuis digital, board game, atau aplikasi edukatif berbasis game. Media ini sangat efektif untuk menyampaikan pesan kepada anak-anak dan remaja karena mampu menggabungkan unsur hiburan dan edukasi, sehingga memotivasi belajar dengan cara menyenangkan.

8. Alat Bantu Tradisional

Alat bantu tradisional dapat digunakan berdasarkan adat atau budaya yang terdapat pada daerah atau suatu wilayah. Contoh alat bantu tradisional yaitu dengan menggunakan wayang, sandiwara, lagu rakyat, atau pantun yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan. Walaupun sederhana, alat bantu ini memiliki kedekatan emosional secara budaya kepada masyarakat sehingga pesan dapat lebih mudah diterima dan dipahami.

9. Media Cetak Edukasi Massal

Alat bantu dengan menggunakan media cetak secara massal telah dilakukan sejak lama. Yang termasuk pada alat bantu media cetak adalah buku saku, majalah kesehatan, kalender edukatif, modul pelatihan kader, buku panduan kader, modul kesehatan reproduksi remaja dan lain sebagainya. Media ini berguna untuk memperkuat penyuluha,

menyediakan bahan bacaan mandiri serta menjadi referensi jangka panjang. Buku saku khususnya efektif bagi kader Posyandu karena praktis dibawa dan dapat digunakan kapan saja.

10. Kombinasi Multimedia

Penggunaan beberapa jenis alat bantu secara bersamaan disebut sebagai pendekatan multimedia. Misalnya, pada saat penyuluhan, kader menggunakan beberapa jenis alat bantu seperti penayangan video menggunakan proyektor, penyebaran poster atau flyer dan simulasi peragaan sekaligus. Pendekatan ini terbukti lebih efektif karena dapat mengaktifkan lebih banyak indera dan gaya belajar, sehingga meningkatkan pemahaman dan keterlibatan audiense secara menyeluruh (WHO, 2021; Nasution et al., 2022).

5.4 Pembuatan dan Pengembangan Alat Bantu

1. Langkah-langkah Mendesain Alat Bantu yang Efektif

Membuat langkah-langkah dalam mendesain alat bantu harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna, konteks penggunaan serta tujuan edukatif atau fungsional yang ingin dicapai. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mendesain alat bantu yang efektif :

a. Identifikasi Kebutuhan

Mengidentifikasi kebutuhan dengan memahami karakteristik dari audiens. Karakteristik dapat dilihat dari usia, latar belakang, jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya. Kemudian tentukan masalah yang sesuai dengan kebutuhan secara spesifik yang ingin diselesaikan dengan alat bantu.

b. Tentukan Tujuan

Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan. Tentukan apa yang ingin dicapai dengan alat bantu tersebut, apakah peningkatan pengetahuan, pemahaman, perubahan perilaku, penyebaran informasi, pemberdayaan masyarakat dan lain-lain.

c. Rancang Konsep Alat Bantu

Pilih jenis alat bantu yang sesuai dengan tujuan seperti media cetak, audio-visual, aplikasi digital, alat demonstrasi fisik dan lain-lain.

d. Uji Coba Awal

Jika memungkinkan, lakukan uji coba dengan target pengguna kemudian catat umpan balik dan hambatan yang dihadapi oleh pengguna/ audiens.

e. Revisi dan Validasi

Setelah dilakukan uji coba, lakukan perbaikan berdasarkan masukan-masukan yang diperoleh dari pengguna/audiens. Kemudian validasi kembali oleh pengguna atau pakar.

2. Pengembangan Konten Edukasi yang Relevan

Konten merupakan inti dari alat bantu edukatif yang harus memenuhi beberapa kriteria:

a. Akurat dan Evidence Based

Informasi harus berasal dari sumber yang akurat (terpercaya) dan sesuai dengan perkembangan ilmu terbaru.

b. Kontekstual dan Relevan

Disesuaikan dengan kondisi lokal, budaya dan bahasa masyarakat sasaran.

c. Ringkas dan Visual

Gunakan bahasa sederhana, mudah dimengerti oleh audiens, ilustrasi dan simbol yang memudahkan pemahaman.

d. Mendorong Tindakan

Sertakan pesan ajakan (*call to action*) yang jelas.

3. Kolaborasi dengan Ahli dalam Pengembangan Alat Bantu

Pengembangan alat bantu memerlukan masukan dari berbagai ahli agar kualitas dan efektivitasnya meningkat :

a. Ahli Materi

Para ahli di bidang kesehatan seperti dokter, tenaga kesehatan, pendidik atau akademisi yang memahami topik yang akan disampaikan.

- b. Ahli Desain atau Komunikasi Visual
Untuk membuat tampilan yang menarik, komunikatif dan mudah dimengerti.
- c. Ahli Teknologi Informasi
Bila alat bantu berbasis digital, keterlibatan programmer atau desainer UI/UX bila diperlukan.
- d. Masyarakat atau Pengguna Langsung
Untuk memberikan perspektif pengguna akhir dan memastikan pemahaman serta penerimaan.

4. Pemilihan Teknologi dalam Pengembangan Alat Bantu Modern

Dalam memilih teknologi terdapat prinsip-prinsip yang harus dipenuhi, yaitu:

- a. Aksesibilitas
Alat bantu yang digunakan harus dapat diakses dan dimanfaatkan oleh semua kelompok sasaran, termasuk masyarakat yang berada di daerah terpencil, memiliki keterbatasan secara fisik atau keterbatasan digital. Contoh, aplikasi edukasi kesehatan berbasis Android yang bisa digunakan secara offline akan lebih aksesibel bagi kader Posyandu yang berada di daerah tanpa sinyal internet yang kuat.
- b. Kemudahan Penggunaan (*Usability*)
Kemudahan penggunaan berarti sejauh mana alat bantu teknologi mudah dipelajari, dipahami dan digunakan secara konsisten oleh pengguna tanpa memerlukan pelatihan teknis yang mendalam. Contoh, video edukatif animasi dengan subtitle dan ilustrasi visual yang jelas lebih mudah dipahami dibandingkan teks panjang dalam format. PDF.
- c. Skalabilitas
Skalabilitas merujuk pada kemampuan teknologi untuk diterapkan secara luas tanpa kehilangan fungsi, kualitas, atau efisiensi, baik dari sisi jumlah pengguna maupun wilayah geografis. Contoh, platform e-learning kesehatan berbasis web yang dapat diakses oleh 1000+ pengguna secara bersamaan.

d. Efektivitas Biaya

Efektivitas biaya berarti bahwa teknologi yang dikembangkan mampu memberikan manfaat maksimal dengan sumber daya yang efisien, baik dari sisi pengembangan, implementasi maupun pemeliharaan. Contoh, penggunaan aplikasi WhatsApp chatbot untuk konsultasi gizi terbukti lebih murah dibandingkan dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan, namun tetap efektif untuk edukasi dasar.

Tabel 5.1. Perbandingan 4 Prinsip

Prinsip	Tujuan Utama	Ciri Teknologi yang Sesuai	Contoh Nyata
Aksesibilitas	Memastikan alat bantu bisa diakses semua pihak	Offline mode, multi-device support, bahasa lokal	Leaflet cetak dan aplikasi mobile offline
Kemudahan Penggunaan	Membuat pengguna cepat paham dan bisa menggunakan	Antarmuka sederhana, petunjuk visual, minim teks teknis	Aplikasi posyandu dengan menu ikon gambar
Skalabilitas	Teknologi dapat diterapkan luas tanpa hambatan	Bisa digunakan banyak user, lintas wilayah, ringan	Platform e-learning kesehatan berbasis web
Efektivitas Biaya	Menekan biaya pengadaan & operasional	Open source, reusable content, dukungan teknis minimal	Video edukasi YouTube gratis untuk pelatihan kader

DAFTAR PUSTAKA

- Bastien, J. M. C., & Scapin, D. L. (1993). *Ergonomic Criteria for the Evaluation of Human-Computer Interfaces*. INRIA.
- Gagne, R. M., Wager, W. W., Golas, K. C., & Keller, J. M. (2022). *Principles of Instructional Design*. Cengage Learning.
- Green, M., & Bates, A. (2019). *Gamification in Health Education: Engaging and Motivating Learners*. Routledge.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Transformasi Digital dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. www.kemkes.go.id
- Mayer, R.R. (2020). *Multimedia Learning: Principles and Applications*. Cambridge University Press.
- Mayer, R. E. (2021). *Multimedia Learning: Second Edition*. Cambridge University Press.
- Mehl, G., & Labrique, A. (2014). *Prioritizing Integrated mHealth Strategies for Universal Health Coverage*. *Science*, 345(6202), 1284–1287.
- Nasution, A., Rahayu, D., & Sari, O. (2022). *The Role of Digital Literacy in Health Education: Challenges and Opportunities*. *Journal of Health Promotion*, 15(2), 45-58
- Nielsen, J. (1994). *Usability Engineering*. Academic Press.
- Nurhadi, D., & Arsyad, A. (2020). *Desain dan Implementasi Media Edukasi Kesehatan Berbasis Mobile*. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 15(2), 85-96
- Pujol, L. et al. (2019). *Scalability in eHealth Systems: A Systematic Literature Review*. *Sensors*, 19(21), 4791.
- Silva, B. M. C., Rodrigues, J. J., et al. (2015). *Mobile-health: A review of current state in 2015*. *Journal of Biomedical Informatics*, 56, 265–272.
- Susilowati, I. H., et al. (2022). "Kolaborasi dalam Pengembangan Media Edukasi Kesehatan: Studi Kasus pada Program Posyandu." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 7(1), 12–21.
- Tomlinson, M., Rotheram-Borus, M. J., et al. (2013). *Scaling Up mHealth: Where is the Evidence?* *PLoS Med*, 10(2), e1001382.

- World Health Organization (WHO). (2020). *Digital Health and Innovation in Education: Global Strategies and Implementation*. WHO Publications.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Digital Health and Education: Transforming Learning in the 21st Century*. WHO Press

BAB 6

UPAYA MEMBINA PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Grhasta Dian Perestroika

6.1 Pentingnya Promosi Kesehatan

Pelaksanaan program pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia seringkali menghadapi tantangan yang sangat kompleks karena dipengaruhi oleh keragaman sosial dan budaya yang luar biasa. Negara kepulauan ini memiliki kondisi geografis yang tersebar, perbedaan ekonomi yang cukup mencolok antar daerah, serta variasi bahasa dan budaya yang membuat penyebaran informasi kesehatan menjadi tidak mudah (Cipta et al., 2024). Di balik persoalan logistik tersebut, terdapat pula persoalan yang lebih dalam, yaitu pertemuan antara nilai-nilai tradisional yang sudah lama berakar dengan sistem pelayanan kesehatan modern yang terus berkembang. Interaksi antara keduanya sering kali menimbulkan gesekan dan perlu negosiasi yang cermat (George et al., 2020).

Sebagai contoh, beberapa praktik lokal seperti pantangan makanan saat kehamilan atau ketergantungan pada dukun beranak sering dianggap bertentangan dengan prinsip-prinsip medis modern. Namun, pendekatan yang lebih bijaksana justru melihat praktik-praktik tersebut sebagai pintu masuk untuk berdialog dan membangun pemahaman bersama. Dengan menggali nilai-nilai lokal secara lebih mendalam, kita bisa menjadikannya sebagai kekuatan yang bisa diadaptasikan ke dalam sistem kesehatan yang lebih kontemporer (McCalman et al., 2018). Dalam konteks ini, pengetahuan lokal bukanlah sesuatu yang harus ditinggalkan, melainkan warisan hidup yang bisa terus ditafsirkan ulang dan disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan saat ini (Anderson, 2023).

Pendidikan kesehatan yang efektif tidak cukup hanya dilakukan melalui ceramah atau penyuluhan satu arah. Diperlukan pendekatan yang mampu memahami dan menyesuaikan diri dengan keberagaman nilai yang dianut oleh masyarakat. Karena setiap komunitas memiliki pandangan hidup yang berbeda, maka pendekatan pendidikan yang seragam tidak akan selalu berhasil. Oleh karena itu, prinsip *design for difference* menjadi penting, yaitu merancang metode edukasi yang peka budaya dan disesuaikan dengan identitas lokal masing-masing (Kisno et al., 2022).

Prinsip ini menekankan bahwa perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh nilai dan kepercayaan budaya. Maka dari itu, intervensi kesehatan harus disusun agar selaras dengan cara pandang masyarakat sasaran. Untuk mewujudkan hal ini, dibutuhkan pemahaman yang mendalam terhadap adat istiadat, sistem kepercayaan, dan struktur sosial setempat, sehingga pesan-pesan kesehatan tidak hanya dimengerti tetapi juga diterima dan dijalankan (Barnabé, 2021). Pendidikan multikultural juga berperan penting dalam menciptakan rasa toleransi dan mencegah konflik sosial yang mungkin muncul akibat perbedaan etnis, agama, budaya, dan bahasa (Kim, 2019). Pendekatan yang mengintegrasikan aspek budaya ke dalam program kesehatan terbukti meningkatkan hasil di kalangan orang dewasa, termasuk dalam intervensi untuk penyakit seperti diabetes (Thompson et al., 2015).

Pendidikan kesehatan yang relevan dengan masyarakat adat juga harus mempertimbangkan berbagai aspek sosial, budaya, sejarah, dan politik yang mereka alami, termasuk dampak kolonialisme dan bentuk-bentuk pengecualian sosial (Jones et al., 2018). Ketika pendekatan yang berpusat pada pasien disesuaikan dengan konteks tersebut, maka hasilnya adalah peningkatan kepuasan terhadap layanan dan potensi hasil kesehatan yang lebih baik. Di sisi lain, proses pendidikan juga harus mendorong refleksi kritis terhadap sejarah gagasan atau praktik yang merugikan masyarakat adat dalam konteks kesehatan (Sayal et al., 2021). Kemiskinan yang dalam di kalangan masyarakat adat seringkali berujung pada rendahnya

pendidikan, disfungsi sosial, dan akses terbatas terhadap layanan kesehatan yang layak (Kim, 2019).

Untuk menciptakan lingkungan pendidikan yang responsif secara budaya, penting juga untuk menghargai identitas budaya para siswa dan menggunakan materi ajar yang relevan secara budaya (Anderson, 2023). Para pendidik harus menyadari kemungkinan adanya stereotip dan berupaya untuk memasukkan latar belakang siswa dalam proses belajar, agar mereka merasa dihargai, dihormati, dan dilibatkan secara sosial maupun akademik. Salah satu organisasi yang mendukung hal ini, SNAICC, menekankan bahwa ruang belajar yang aman secara budaya dapat dibentuk ketika pendidik secara aktif melakukan refleksi diri yang kritis, termasuk mengevaluasi cara mereka berinteraksi dan bagaimana nilai-nilai pribadi mereka mempengaruhi proses pembelajaran lintas budaya.

Untuk mengatasi tantangan struktural yang menyebabkan ketimpangan kesehatan, para pendidik perlu menerapkan strategi pembelajaran yang multikultural, misalnya dengan memasukkan konten dari berbagai budaya, menghormati keberagaman, serta menanamkan nilai-nilai keadilan sosial (Anderson, 2023). Mereka juga harus peka terhadap kendala yang dihadapi siswa dari keluarga kurang mampu, seperti minimnya bahan belajar dan kurangnya dukungan di rumah, dan memberikan bantuan tambahan jika diperlukan. Sementara itu, tenaga kesehatan juga harus memahami dua faktor sosial utama yang memengaruhi ketimpangan kesehatan masyarakat adat, yaitu sistem sekolah asrama dan hilangnya status sosial ekonomi akibat kolonialisme (Kim, 2019). Pengalaman dari berbagai negara menunjukkan bahwa sistem kesehatan yang berlandaskan pada keadilan, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan dapat secara signifikan mengurangi ketimpangan kesehatan, termasuk bagi masyarakat adat (Barnabé, 2021).

Untuk memperluas akses layanan kesehatan di komunitas adat, intervensi Jaminan Kesehatan Semesta (UHC) perlu dilakukan dengan cara yang aman secara budaya, sesuai dengan kondisi lokal, serta melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam setiap tahap pelaksanaannya (George et al., 2020). Agar keluarga dan anak-anak merasa aman, maka penting pula

menghormati dan merayakan acara budaya mereka (Anderson, 2023). Pendidikan multikultural juga menghargai keberagaman dan berusaha menggabungkan berbagai perspektif budaya ke dalam proses belajar mengajar sehari-hari (Kim, 2019). Pendekatan ini terbukti dapat membangun rasa percaya diri dan motivasi siswa dengan mengakui bahwa setiap siswa memiliki potensi dan keunikan tersendiri. Penggunaan bahasa daerah atau bahasa ibu juga dapat mempererat hubungan antara layanan dan keluarga (Jones et al., 2018), asalkan disertai dengan pemahaman dan penghormatan terhadap nilai-nilai budaya serta keyakinan masyarakat (McCalman et al., 2018).

6.2 Model dan Strategi untuk Pendidikan Kesehatan yang Transformatif

Pendidikan kesehatan yang benar-benar efektif tidak cukup hanya menyampaikan informasi kepada masyarakat. Lebih dari itu, pendekatan yang berhasil justru mendorong keterlibatan aktif masyarakat, di mana individu tidak hanya menjadi pendengar pasif, tetapi juga menjadi pelaku perubahan yang terlibat langsung dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan bersama. Salah satu pendekatan yang sangat ampuh adalah pendidikan kesehatan berbasis komunitas, yang memanfaatkan potensi tenaga kesehatan lokal, pendidik sebaya, serta tokoh masyarakat yang dipercaya untuk menggerakkan perubahan positif (Coady, 2013). Mereka bukan sekadar penyampai pesan, tetapi menjadi penggerak dialog dan aksi nyata di lingkungan mereka. Pendekatan ini menekankan pentingnya pengetahuan lokal dan jaringan sosial dalam membentuk perilaku serta hasil kesehatan masyarakat.

Model pendidikan berbasis komunitas ini sangat cocok untuk menangani akar persoalan sosial yang memengaruhi kesehatan, seperti ketimpangan akses layanan dan faktor lingkungan sosial yang kompleks. Hal ini membuat pendekatan ini tidak hanya relevan secara medis, tetapi juga adil dan sesuai dengan nilai-nilai keadilan sosial. Keberhasilan strategi ini sangat bergantung pada kesiapan komunitas itu sendiri untuk berubah dan berpartisipasi (Baker et al., 2005). Selain itu,

pelibatan keluarga dan sekolah turut meningkatkan dampak positif dari pendidikan kesehatan, terutama bagi anak-anak dan remaja.

Pendekatan lintas generasi juga menjadi bagian penting dari strategi pendidikan kesehatan yang transformatif. Model ini mendorong keterlibatan seluruh kelompok usia, mulai dari anak-anak hingga lansia, karena kesehatan adalah urusan sepanjang hayat. Setiap kelompok usia memiliki kebutuhan, perspektif, dan peran yang berbeda. Misalnya, anak-anak dan remaja dapat diajak mengenal isu penting seperti kesehatan mental, gizi, dan kesehatan reproduksi melalui cara-cara menyenangkan seperti permainan edukatif atau klub kesehatan di sekolah (Wilkins et al., 2022). Strategi ini menumbuhkan rasa tanggung jawab dan kepemilikan terhadap kesehatan pribadi sejak dini. Di sisi lain, kelompok lansia juga memiliki peran besar sebagai penjaga nilai-nilai budaya dan penghubung antargenerasi. Dengan menciptakan ruang interaksi lintas usia, kita bisa mendorong gaya hidup sehat yang lebih menyeluruh. Pendidikan pencegahan di kalangan pelajar terbukti efektif dalam mendorong perubahan gaya hidup yang sehat, serta dalam menyebarkan informasi positif ke lingkungan keluarga mereka.

Strategi komunikasi melalui media menjadi salah satu pilar penting dalam mengubah cara penyampaian pesan-pesan kesehatan. Kini, kita perlu beralih dari cara konvensional seperti selebaran dan ceramah, menuju pendekatan yang lebih menarik dan relevan dengan zaman (Gray et al., 2022). Salah satu metode yang terbukti efektif adalah konsep *edutainment*, yaitu menggabungkan unsur edukasi dan hiburan. Contohnya termasuk pentas seni rakyat yang disisipkan pesan kesehatan, komik yang membahas sanitasi, hingga konten TikTok yang mengupas bahaya merokok dengan cara yang menarik dan mudah dipahami. Pendekatan ini menekankan pentingnya menyampaikan pesan yang disesuaikan dengan karakter audiens serta menggunakan kekuatan cerita untuk menyampaikan informasi yang kompleks dengan cara yang lebih sederhana dan berkesan.

Peningkatan kesehatan masyarakat bukan hanya soal pengetahuan, tetapi juga bagaimana lingkungan mendukung perubahan tersebut. Upaya ini mencakup perubahan sosial, lingkungan hidup, dan gaya hidup masyarakat. Untuk menciptakan lingkungan sosial yang mendukung kesadaran akan tanggung jawab bersama, strategi penting yang bisa digunakan adalah membingkai ulang isu kesehatan dengan bahasa yang menekankan keterhubungan dan upaya kolektif (Sun, 2013). Kampanye media seperti *Change4Life* menunjukkan betapa kuatnya pengaruh individu dalam mengubah perilaku menjadi lebih sehat. Pesan kesehatan sebaiknya tidak terasa kaku atau memerintah, melainkan bersifat fleksibel, menarik, dan mampu beradaptasi dengan dinamika media yang terus berkembang. Intervensi media massa dapat digunakan untuk memengaruhi perilaku publik baik secara langsung maupun tidak langsung.

Keberhasilan kampanye kesehatan sangat bergantung pada kemampuan menyebarkan informasi yang positif kepada khalayak luas. Media memiliki kelebihan dalam menjangkau audiens yang besar, menyampaikan pesan yang konsisten, serta bisa disesuaikan dengan berbagai bahasa dan konteks budaya, dengan biaya yang relatif efisien. Kampanye *entertainment-education* biasanya disertai dengan diskusi komunitas dan intervensi langsung dari otoritas lokal, untuk memperkuat pemahaman dan penerimaan pesan kesehatan. Namun demikian, tantangan tetap ada, terutama dalam menyaring pesan-pesan kesehatan dari banjir informasi yang berseliweran di media, baik tradisional maupun digital.

Pemasaran sosial menjadi salah satu pendekatan yang menjanjikan. Pemasaran sosial menggunakan teknik pemasaran komersial seperti segmentasi audiens dan strategi merek untuk mendorong perilaku sehat (Ravi & Rajasekaran, 2023). Pendekatan ini mencakup perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi program yang bertujuan memengaruhi penerimaan nilai sosial, dan mempertimbangkan aspek komunikasi, distribusi, serta riset pemasaran. Penggunaan media sosial dan strategi pemasaran digital lainnya telah menjadi alat penting dalam menyebarkan informasi kesehatan dan membangun

interaksi dengan audiens secara lebih efektif. Komunikasi pemasaran yang terintegrasi sangat penting bagi organisasi kesehatan agar dapat menjangkau masyarakat dengan pesan yang konsisten melalui berbagai saluran komunikasi, baik digital, media tradisional, maupun interaksi langsung. Dalam konteks media sosial, pemasaran mencakup pengelolaan kampanye, pengaturan strategi, dan penentuan cakupan yang tepat. Yang tak kalah penting, media sosial juga harus mampu membangun kepercayaan dan hubungan jangka panjang dengan audiens.

Kerja sama lintas sektor dan komunitas menjadi tulang punggung bagi pendidikan kesehatan yang lebih inklusif dan berdampak luas. Meningkatkan kualitas pendidikan kesehatan masyarakat bukanlah tugas yang bisa diemban oleh satu lembaga saja. Justru sebaliknya, upaya ini membutuhkan keterlibatan banyak pihak secara kolaboratif dan dukungan dari tingkat akar rumput, dengan pemahaman bahwa tidak ada satu institusi pun yang memiliki semua sumber daya, pengetahuan, maupun kapasitas yang dibutuhkan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh (Karlina, 2019). Sinergi antara berbagai unsur seperti pemerintah desa, LSM, universitas, tokoh agama, hingga para influencer digital dapat membentuk ekosistem pendidikan yang holistik dan berkelanjutan.

Di tengah kemajuan teknologi dan dinamika sosial yang cepat, penting menjajaki bentuk kerja sama yang tidak biasa namun efektif. Misalnya, bekerja sama dengan pembuat konten lokal untuk menyampaikan pesan kesehatan melalui video pendek bisa menjadi cara yang menjangkau generasi muda dengan lebih kuat (Rugarabamu et al., 2020). Begitu pula, melibatkan alumni sekolah desa sebagai relawan edukator kesehatan di kampung halamannya dapat memperkuat kepercayaan dan mempercepat adopsi perilaku sehat. Strategi-strategi inovatif ini menunjukkan perlunya pendidikan kesehatan menyesuaikan diri dengan perubahan zaman dan media komunikasi.

6.3 Kerja Sama Lintas Sektor dan Komunitas untuk Pendidikan Kesehatan yang Lebih Inklusif

Meningkatkan kualitas pendidikan kesehatan masyarakat bukanlah tugas yang bisa diemban oleh satu lembaga saja. Justru sebaliknya, upaya ini membutuhkan keterlibatan banyak pihak secara kolaboratif dan dukungan dari tingkat akar rumput, dengan pemahaman bahwa tidak ada satu institusi pun yang memiliki semua sumber daya, pengetahuan, maupun kapasitas yang dibutuhkan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh (Williams & Swierad, 2019). Sinergi antara berbagai unsur, seperti pemerintah desa, lembaga swadaya masyarakat, universitas, tokoh agama, hingga para influencer digital, dapat membentuk ekosistem pendidikan yang holistik dan berkelanjutan (Apridamayanti et al., 2023).

Kolaborasi lintas sektor ini memungkinkan penyebaran informasi kesehatan melalui berbagai saluran, menjangkau lebih banyak kelompok masyarakat dari latar belakang sosial, ekonomi, dan geografis yang berbeda-beda. Strategi inklusif ini juga menyadari bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor, tidak hanya medis, tetapi juga sosial, ekonomi, dan lingkungan. Dengan melibatkan masyarakat secara langsung dalam proses perancangan dan pelaksanaan program kesehatan, akan muncul rasa memiliki dan tanggung jawab bersama, yang sangat penting untuk mendorong perubahan perilaku jangka panjang (Powell et al., 2024).

Selain itu, program yang menyerap kearifan lokal dan mempertimbangkan nilai-nilai budaya setempat menjadi lebih mudah diterima dan relevan dengan kehidupan sehari-hari masyarakat. Kolaborasi ini juga memungkinkan pemanfaatan sumber daya secara optimal, karena setiap pihak membawa kekuatan dan keahlian yang berbeda untuk mengatasi masalah kesehatan di komunitasnya masing-masing (Islam et al., 2020). Pendekatan dari bawah (bottom-up) ini memastikan bahwa intervensi kesehatan dirancang sesuai dengan kebutuhan riil masyarakat lokal, membangun rasa percaya antara petugas kesehatan dan warga, serta memperkuat hubungan sosial di tingkat komunitas.

Pentingnya kerja sama lintas sektor dalam pendidikan kesehatan didasarkan pada pemahaman bahwa hasil kesehatan sangat berkaitan dengan berbagai aspek kehidupan masyarakat. Misalnya, menggabungkan program edukasi gizi dengan pelatihan pertanian organik tidak hanya akan memperbaiki pola makan, tetapi juga meningkatkan ketahanan pangan dan pemberdayaan ekonomi masyarakat (Rosales et al., 2022). Kampanye kebersihan yang diintegrasikan dengan program lingkungan dan pendidikan dapat menciptakan pendekatan holistik dalam mengelola sanitasi dan limbah. Dalam kasus pencegahan stunting, pendekatan yang efektif mencakup kerja sama dengan komunitas ibu muda dan posyandu untuk memberikan dukungan menyeluruh bagi ibu dan anak.

Strategi-strategi terpadu ini menyadari bahwa kesehatan bukanlah semata-mata urusan medis, tetapi berakar dari persoalan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang kompleks (Caron et al., 2023). Kolaborasi ini juga membuka ruang bagi lahirnya inovasi dan solusi kreatif terhadap berbagai tantangan kesehatan masyarakat. Selain itu, keterlibatan banyak pihak juga memperkuat akuntabilitas dan transparansi dalam penggunaan sumber daya serta kesesuaian program dengan kebutuhan nyata di lapangan.

Di tengah kemajuan teknologi yang sangat pesat dan dinamika sosial yang terus berubah, penting untuk menjajaki bentuk kerja sama yang tidak biasa namun efektif. Misalnya, bekerja sama dengan pembuat konten lokal untuk menyampaikan pesan kesehatan melalui video pendek bisa menjadi cara yang efektif menjangkau generasi muda lewat media sosial. Begitu pula, melibatkan alumni sekolah desa sebagai relawan edukator kesehatan di kampung halamannya akan memanfaatkan pemahaman budaya lokal mereka yang kuat, memperkuat kepercayaan, dan mempercepat adopsi perilaku sehat. Strategi-strategi inovatif ini menunjukkan perlunya pendidikan kesehatan menyesuaikan diri dengan perubahan zaman dan media komunikasi (Gray et al., 2022).

Namun demikian, penggunaan teknologi juga menghadirkan tantangan tersendiri, seperti masalah konektivitas di daerah terpencil serta kebutuhan pelatihan

untuk meningkatkan literasi digital masyarakat (Sabone et al., 2011). Oleh karena itu, strategi berbasis teknologi harus dirancang secara bijak dan mempertimbangkan kesenjangan akses agar tetap inklusif.

Pendidikan kesehatan yang efektif harus dilihat sebagai sebuah ekosistem yang kompleks dan beragam, tidak bisa dibangun hanya dari atas ke bawah (top-down) dengan instruksi satu arah. Sebaliknya, diperlukan model yang terdesentralisasi dan berbasis komunitas, yang memberi ruang kepada para pemangku kepentingan lokal untuk mengambil peran aktif dalam merancang dan menjalankan program-program kesehatan. Keberhasilan pendidikan kesehatan sangat bergantung pada sinergi berbagai individu dan organisasi, yang masing-masing membawa keterampilan, pengalaman, dan sumber daya unik untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku positif.

Keterlibatan aktif warga dalam merancang, melaksanakan, hingga mengevaluasi program akan memastikan bahwa setiap kegiatan benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokal, serta memiliki peluang lebih besar untuk bertahan dalam jangka panjang. Pendekatan inklusif ini juga memperkuat rasa tanggung jawab bersama, yang menjadi kunci dalam menciptakan perubahan dalam kesehatan masyarakat.

Membangun lingkungan sosial yang mendukung kesadaran kolektif dapat dimulai dengan mengganti cara pandang kita terhadap isu kesehatan. Dengan menggunakan bahasa yang menekankan pentingnya kerja sama dan saling bergantung satu sama lain, kita bisa mendorong masyarakat untuk melihat bahwa kesehatan adalah tanggung jawab bersama (Sun, 2013). Kampanye seperti ini akan membantu membentuk kesadaran bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya, dan karena itu, perubahan harus dilakukan secara kolektif.

Pendidikan kesehatan juga dapat memberdayakan masyarakat untuk mendorong kebijakan yang lebih adil dan berpihak pada kesehatan. Untuk itu, penting menjalin kemitraan yang kuat antara tenaga pendidik kesehatan, tokoh masyarakat, dan pembuat kebijakan, agar isu kesehatan menjadi prioritas di berbagai sektor pembangunan.

DAFTAR PUSTAKA

- Coady, M. (2013). Adult health learning and transformation: A case study of a Canadian community-based health education program. *Adult Education Quarterly*, 63(4), 321–337. <https://doi.org/10.1177/0741713612471419> Google Scholar+3Maureen Coady+3coady.academia.edu+3
- Baker, E. A., Metzler, M. M., & Galea, S. (2005). Addressing social determinants of health inequities: Learning from doing. *American Journal of Public Health*, 95(4), 553–555. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.061812> CoLab
- Wilkins, N. J., Rasberry, C. N., Liddon, N., Szucs, L. E., Johns, M., Leonard, S., Goss, S. J., & Oglesby, H. (2022). Addressing HIV/sexually transmitted diseases and pregnancy prevention through schools: An approach for strengthening education, health services, and school environments that promote adolescent sexual health and well-being. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.017>
- Gray, N. J., Desmond, N. A., Ganapathee, D. S., Beadle, S., & Bundy, D. A. P. (2022). Breaking down silos between health and education to improve adolescent wellbeing. *BMJ*, 379, e067683. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067683> ResearchGate+1Huddersfield Research Portal+1
- Sun, Y. (2014). Rethinking public health: Promoting public engagement through a new discursive environment. *American Journal of Public Health*, 104(1), e6–e13. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301638> yesunresearch.wixsite.com+1City University of Hong Kong+1
- Ravi, S., & Rajasekaran, S. R. C. (2023). A perspective of digital marketing in rural areas: A literature review. *International Journal of Professional Business Review*, 8(4), e01388. <https://doi.org/10.26668/businessreview/2023.v8i4.138> 8 i-manager publications
- Karlina, N. (2019). The impact of women empowerment in women role increased program towards healthy and

- prosperous family (P2WKSS) Garut Regency. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 7(3), 59–66. <https://doi.org/10.18510/hssr.2019.739> ResearchGate
- Rugarabamu, S., Mboera, L. E. G., Rweyemamu, M. M., Mwanyika, G., Lutwama, J. J., Pawęska, J. T., & Misinzo, G. (2020). Forty-two years of responding to Ebola virus outbreaks in Sub-Saharan Africa: A review. *BMJ Global Health*, 5(3), e001955. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001955> PubMed
- Anderson, P. (2023). Ways of knowing, ways of being and ways of doing.
- Barnabé, C. (2021). Towards attainment of Indigenous health through empowerment: Resetting health systems, services and provider approaches. *BMJ Global Health*, 6(2), e004052. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004052>
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A., Hendrik, H. D., William, D., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: A focus on health behavior modification in low and middle-income nations—Insights from Indonesia. *Frontiers in Medicine*, 11, 1353037. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- George, M. S., Davey, R., Mohanty, I., & Upton, P. (2020). “Everything is provided free, but they are still hesitant to access healthcare services”: Why does the Indigenous community in Attapadi, Kerala continue to experience poor access to healthcare? *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01216-1>
- Jones, R., Crowshoe, L., Reid, P., Calam, B., Curtis, E., Green, M., Huria, T., Jacklin, K., Kamaka, M., Lacey, C., Milroy, J., Paúl, D., Pitama, S., Walker, L., Webb, G., & Ewen, S. (2018). Educating for Indigenous health equity: An international consensus statement. *Academic Medicine*, 94(4), 512–519. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002476>
- Kim, P. J. (2019). Social determinants of health inequities in Indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the residential school system. *Health*

- Equity, 3(1), 378–381.
<https://doi.org/10.1089/heq.2019.0041>
- Kisno, K., Wibawa, B., & Khaerudin, K. (2022). Development of digital storytelling based on local wisdom. *Deleted Journal*, 4(3), 65–70. <https://doi.org/10.24234/wisdom.v4i3.834>
- McCalman, J., Bailie, R., Bainbridge, R., McPhail-Bell, K., Percival, N., Askew, D., Fagan, R., & Tsey, K. (2018). Continuous quality improvement and comprehensive primary health care: A systems framework to improve service quality and health outcomes. *Frontiers in Public Health*, 6, 76. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00076>
- Sayal, A., Richardson, L., & Crawford, A. (2021). Six ways to get a grip on teaching medical trainees on the convergence of Indigenous knowledges and biomedicine, within a culturally-safe Indigenous health curriculum. *Canadian Medical Education Journal*, 12(3), e4–e8. <https://doi.org/10.36834/cmej.70340>
- Thompson, V. L. S., Johnson-Jennings, M., Bauman, A. A., & Proctor, E. K. (2015). Use of culturally focused theoretical frameworks for adapting diabetes prevention programs: A qualitative review. *Preventing Chronic Disease*, 12, E60. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140421>
- Apridamayanti, P., Heryani, S., Murniati, M., Grasella, S., & Syafitri, D. A. (2023). Pendampingan masyarakat Desa Sungai Rengas sebagai upaya peningkatan kesadaran akan pentingnya kesehatan mental. *Jurnal Pengabdian*, 6(1), 67–75. <https://doi.org/10.26418/jplp2km.v6i1.61884>
- Baker, E. A., Metzler, M., & Galea, S. (2005). Addressing social determinants of health inequities: Learning from doing. *American Journal of Public Health*, 95(4), 553–555. <https://doi.org/10.2105/ajph.2005.061812>
- Caron, R. M., Noel, K., Reed, R. N., Sibel, J., & Smith, H. J. (2023). Health promotion, health protection, and disease prevention: Challenges and opportunities in a dynamic landscape. *AJPM Focus*, 3(1), 100167. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100167>
- Gray, N. J., Desmond, N. A., Ganapathee, D. S., Beadle, S., & Bundy, D. A. P. (2022). Breaking down silos between health and

- education to improve adolescent wellbeing. *BMJ*, 376, e067683. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067683>
- Islam, M. D., Suriansyah, A., & Metroyadi, M. (2020). The role of the school committee: Multi-site study in MTS Darud Da'wah Wal-Irsyad Kersik Putih and MTS State 1 Tanah Bumbu. *Journal of K6 Education and Management*, 3(1), 26–33. <https://doi.org/10.11594/jk6em.03.01.04>
- Powell, N., Dalton, H., Lawrence-Bourne, J., & Perkins, D. (2024). Co-creating community wellbeing initiatives: What is the evidence and how do they work? *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00645-7>
- Rosales, A., Young, S., Mendez, T., Shelden, K., & Holdaway, M. (2022). Collaborative strategies to improve nutrition security and education: Lessons learned during a pandemic. *Journal of School Health*, 93(2), 148–155. <https://doi.org/10.1111/josh.13247>
- Sabone, M., Mogobe, K. D., & Sabone, T. G. (2011). ICTs and their role in health promotion. In M. Cruz-Cunha, P. Miranda, & I. Martins (Eds.), *Handbook of research on ICTs and management systems for improving efficiency in healthcare and social care* (pp. 1–14). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-60960-117-1.ch001>
- Sun, Y. (2013). Rethinking public health: Promoting public engagement through a new discursive environment. *American Journal of Public Health*, 104(1), e6–e9. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301638>
- Williams, O., & Swierad, E. (2019). A multisensory multilevel health education model for diverse communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 872. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050872>

BAB 7

PROSES TERBENTUK PERILAKU

Oleh Nurhikmah panjaitan

7.1 Pengertian Perilaku

Perilaku secara bahasa berarti cara berbuat atau menjalankan sesuatu sesuai dengan sifat yang layak bagi manusia. Perilaku tersebut ditunjukkan dengan perasaan, tindakan, sikap, keyakinan, kenangan, atau rasa hormat terhadap orang lain. Perilaku sosial adalah suatu aktifitas fisik dan psikis seseorang terhadap orang lain atau sebaliknya dalam rangka untuk memenuhi diri atau orang lain yang sesuai dengan tuntutan social (Hurlock, 2013).

Prilaku sosial adalah segala bentuk tindakan atau respons individu yang terjadi dalam konteks hubungan atau interaksi dengan orang lain atau kelompok dalam masyarakat. Prilaku sosial mencakup berbagai aspek, seperti:

1. **Interaksi sosial**, misalnya bekerja sama, berkomunikasi, atau membantu sesama.
2. **Norma sosial**, yaitu mengikuti aturan-aturan yang berlaku di lingkungan masyarakat.
3. **Perilaku menyimpang**, seperti melanggar hukum atau nilai sosial yang berlaku.
4. **Empati dan solidaritas**, yaitu sikap peduli dan ikut merasakan kondisi orang lain.

Secara umum, perilaku sosial muncul karena manusia adalah makhluk sosial yang hidup dalam kelompok dan saling bergantung satu sama lain.

Perbedaan **prilaku** dan **prilaku sosial** terletak pada **konteks** dan **subjek yang terlibat** dalam tindakannya. Berikut perbandingannya:

Aspek	Prilaku	Prilaku Sosial
Definisi	Segala bentuk tindakan atau reaksi individu.	Tindakan individu yang terjadi dalam konteks sosial (dengan orang lain).
Konteks	Bisa terjadi sendiri, tanpa keterlibatan orang lain.	Terjadi dalam interaksi dengan orang lain atau kelompok.
Contoh	Makan, tidur, belajar sendiri, berbicara sendiri.	Menolong teman, bekerja sama, berdiskusi, menyapa tetangga.
Tujuan	Bisa untuk memenuhi kebutuhan pribadi.	Biasanya untuk menjalin hubungan sosial atau menyesuaikan diri dengan lingkungan.
Lingkup	Umum dan lebih individual.	Spesifik dalam hubungan sosial.

7.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Secara garis besar ada beberapa factor yang mempengaruhi perilaku manusia, yaitu factor biologis dan factor psikologis dan lingkungan.

1. Faktor biologis:

Manusia adalah mahluk biologis yang tidak berbeda dengan mahluk lainnya. Manusia memerlukan lawan jenis untuk kegiatan reproduktifnya, faktor biologis terlibat dalam seluruh kegiatan manusia. Bahwa warisan biologis manusia menentukan perilakunya, dapat dilacak sampai struktur DNA yang menyimpan seluruh memori warisan biologis yang diterima dari kedua orang tuanya. Sedemikian besarnya pengaruh warisan biologis ini sampai muncul aliran baru, yang memandang segala kegiatan manusia, termasuk agama, kebudayaan, dan moral bersumber dari struktur biologinya. Aliran ini dinamakan sosiobiologi. Menurut Wilson, perilaku sosial manusia dibimbing oleh

aturan-aturan yang sudah diprogram secara genetis dalam jiwa manusia.

Program ini disebut "*epigenetic rules*", yang mengatur perilaku manusia seperti kecenderungan menghindari "*incest*", kemampuan memahami ekspresi wajah, sampai kepada persaingan politik. Meskipun pemikiran bahwa sosiobiologis sebagai determinisme biologis dalam kehidupan sosial, kenyataannya menunjukkan bahwa struktur biologis manusia seperti genetika, sistem syaraf, dan sistem hormonal, sangat mempengaruhi perilaku manusia. Struktur biologis manusia seperti genetika, system syaraf dan system hormonal sangat berpengaruh terhadap perilaku manusia.

Struktur genetis misalnya akan berpengaruh terhadap kecerdasan, kemampuan sensasi, dan emosi, Sistem syaraf mengatur pekerjaan otak dan pengolahan informasi dalam jiwa manusia. System hormonal bukan saja mempengaruhi mekanisme biologis, tetapi juga mempengaruhi proses psikologis.

Beberapa contoh perilaku manusia yang merupakan bawaan manusia, dan bukan pengaruh lingkungan atau situasi adalah sebagai berikut :

- a. Bercumbu
- b. Makan
- c. Merawat anak
- d. Beberapa perilaku agresif
- e. Kebutuhan makan dan minum
- f. Istirahat
- g. Kebutuhan seksual
- h. Kebutuhan memelihara kelangsungan hidup dengan menghindari sakit dan bahaya.
- i. Lapar
- j. Tidur

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi perilaku manusia sangat kompleks dan saling berkaitan. Berikut adalah

faktor-faktor psikologis yang sangat berpengaruh dalam pembentukan perilaku manusia :

a. Motivasi

Merupakan dorongan internal atau eksternal yang memicu dan mengarahkan perilaku seseorang.

Contoh: Seseorang belajar giat karena termotivasi ingin lulus ujian atau mendapatkan pekerjaan.

b. Persepsi

Cara seseorang menginterpretasikan informasi dan pengalaman dari lingkungannya.

Persepsi dipengaruhi oleh pengalaman, nilai, dan budaya.

Contoh: Dua orang bisa memiliki persepsi berbeda terhadap kritik — satu merasa tertantang, yang lain merasa tersinggung.

c. Emosi

Perasaan yang dialami seseorang dalam merespons suatu situasi. Emosi seperti marah, takut, senang, dan sedih bisa memengaruhi cara seseorang bertindak.

Contoh: Orang yang sedang marah bisa bertindak impulsif, berbeda dari saat ia tenang.

d. Kepribadian

Ciri-ciri psikologis yang konsisten dan khas pada seseorang. Faktor ini memengaruhi cara seseorang bereaksi terhadap situasi.

Contoh: Orang yang ekstrovert cenderung lebih aktif dalam pergaulan dibandingkan yang introvert.

e. Pembelajaran (*Learning*)

Pengalaman yang membentuk perilaku melalui proses belajar dari lingkungan atau penguatan (*reinforcement*).

Contoh: Anak yang diberi pujian setiap kali membantu orang tua akan cenderung mengulangi perilaku itu.

f. Sikap (*Attitude*)

Merupakan gabungan keyakinan, perasaan, dan kecenderungan untuk bertindak terhadap objek tertentu. Sikap bisa positif atau negatif dan berpengaruh terhadap keputusan serta perilaku seseorang.

3. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan memiliki pengaruh besar terhadap perilaku manusia. Lingkungan di sini mencakup segala hal di luar diri individu yang bisa membentuk cara berpikir, merasakan, dan bertindak. Berikut adalah penjelasan faktor-faktor lingkungan utama yang mempengaruhi perilaku manusia:

a. Keluarga

Keluarga adalah lingkungan sosial pertama dan paling berpengaruh dalam perkembangan seseorang. Nilai, norma, dan kebiasaan dalam keluarga membentuk dasar kepribadian dan perilaku.

Contoh: Anak yang dibesarkan dalam keluarga disiplin cenderung memiliki perilaku yang tertib.

b. Teman Sebaya (*Peer Group*)

Pengaruh teman sebaya sangat kuat, terutama pada masa remaja. Orang sering menyesuaikan perilakunya agar diterima dalam kelompok.

Contoh: Seorang remaja bisa mulai merokok karena dorongan dari teman-temannya.

c. Lingkungan Sosial dan Budaya

Norma, adat, nilai, dan kepercayaan yang berlaku di masyarakat memengaruhi bagaimana seseorang bertindak. Budaya membentuk pola pikir dan persepsi terhadap hal-hal seperti moralitas, gender, kerja keras, dll.

Contoh: Di budaya kolektif, kerja sama kelompok lebih diutamakan daripada individualisme.

d. Lingkungan Fisik

Keadaan lingkungan fisik seperti tempat tinggal, cuaca, kebisingan, dan fasilitas umum dapat memengaruhi kenyamanan, stres, dan perilaku.

Contoh: Lingkungan yang kumuh dan penuh kriminalitas dapat meningkatkan kecenderungan seseorang untuk melakukan tindak kejahatan.

e. Sekolah dan Pendidikan

Lingkungan sekolah dan pola pengajaran guru berperan dalam pembentukan sikap, keterampilan sosial, dan

pola pikir. Pendidikan juga membentuk pola perilaku melalui aturan, penghargaan, dan sanksi.

Contoh: Sekolah yang menanamkan nilai integritas akan melahirkan siswa yang jujur.

f. Media Massa dan Teknologi

Televisi, internet, media sosial, dan game dapat memengaruhi cara pandang dan perilaku seseorang. Pengaruh bisa positif (pengetahuan dan inspirasi) atau negatif (kekerasan, hoaks, body image tidak realistis).

Contoh: Paparan konten kekerasan secara berulang bisa membuat seseorang menjadi kurang peka terhadap kekerasan.

g. Kondisi Ekonomi

Status ekonomi bisa memengaruhi akses terhadap pendidikan, kesehatan, dan peluang kerja, yang semuanya berdampak pada perilaku.

Contoh: Tekanan ekonomi dapat mendorong seseorang melakukan pekerjaan berisiko atau bahkan kriminalitas.

7.3 Teori-Teori Pembentukan Perilaku

1. Teori Behaviorisme

a. Pengertian Umum

Teori behaviorisme adalah pendekatan dalam psikologi yang menjelaskan perilaku manusia sebagai hasil dari proses belajar melalui interaksi dengan lingkungan. Behaviorisme tidak menitikberatkan pada pikiran, emosi, atau motivasi internal, melainkan pada stimulus (rangsangan) dan respons (reaksi) yang bisa diamati secara langsung.

b. Prinsip Dasar

- 1) Perilaku adalah hasil belajar.
- 2) Manusia belajar melalui penguatan (*reinforcement*) dan hukuman (*punishment*).
- 3) Lingkungan membentuk perilaku, bukan faktor bawaan atau proses mental yang tak terlihat.
- 4) Fokus utama: apa yang bisa diamati, bukan pikiran atau perasaan.

c. Dua Jenis Pembelajaran Utama dalam Behaviorisme

1) Pengkondisian Klasik (*Classical Conditioning*) – Ivan Pavlov

Belajar terjadi ketika dua rangsangan dikaitkan.

Contoh: Jika seseorang sering merasa mual setelah makan makanan tertentu, ia bisa mengembangkan ketidaksukaan terhadap makanan itu.

Contoh eksperimen Pavlov: Anjing belajar mengeluarkan air liur hanya dengan mendengar bunyi bel karena mengaitkan bel dengan makanan.

2) Pengkondisian Operan (*Operant Conditioning*) – B.F. Skinner

Perilaku dipengaruhi oleh konsekuensinya.

Penguatan positif: menambahkan sesuatu yang menyenangkan untuk meningkatkan perilaku (misal: memberi pujian). Penguatan negatif: menghapus sesuatu yang tidak menyenangkan untuk meningkatkan perilaku (misal: menghindari hukuman). Hukuman positif/negatif: digunakan untuk mengurangi perilaku yang tidak diinginkan.

2. Teori Kognitif

Teori Kognitif dalam Perilaku Manusia adalah pendekatan dalam psikologi yang menekankan pentingnya proses mental internal dalam memahami bagaimana manusia berpikir, belajar, mengingat, dan memecahkan masalah. Teori ini memandang manusia sebagai makhluk yang aktif memproses informasi, bukan hanya bereaksi terhadap rangsangan dari lingkungan seperti dalam pendekatan behavioristik. Pokok-Pokok Teori Kognitif dalam perilaku manusia antara lain:

a. Fokus pada Proses Mental Internal

Termasuk persepsi, perhatian, memori, bahasa, penalaran, dan pengambilan keputusan. Proses ini memengaruhi bagaimana seseorang memahami dunia dan bertindak.

b. Manusia Sebagai Pemroses Informasi

Otak manusia dianggap seperti komputer: menerima input (informasi dari lingkungan), memprosesnya, dan menghasilkan output (perilaku).

c. Pembelajaran Terjadi Melalui Pemahaman

Belajar bukan hanya karena penguatan atau hukuman, tetapi karena seseorang membangun makna dan pengetahuan dari pengalaman.

d. Skema dan Struktur Pengetahuan

Manusia menyusun **skema** atau struktur mental untuk memahami dan mengorganisasi informasi. Ketika seseorang menerima informasi baru, mereka menyesuaikan atau mengembangkan skema yang ada.

e. Peran Kesadaran dan Kontrol Diri

Individu dapat mengontrol proses berpikir mereka sendiri, seperti melalui perencanaan, evaluasi, dan refleksi (metakognisi).

3. Teori Psikoanalisis

Teori psikoanalisis adalah salah satu teori utama dalam psikologi yang dikembangkan oleh **Sigmund Freud**. Teori ini mencoba menjelaskan perilaku manusia berdasarkan proses mental bawah sadar, pengalaman masa lalu, dan konflik batin yang belum terselesaikan. Berikut adalah penjelasan utama mengenai teori psikoanalisis dan bagaimana ia memengaruhi perilaku manusia:

Struktur kepribadian oleh Freud membagi kepribadian manusia menjadi tiga komponen utama:

a. Id

Merupakan bagian primal dan tidak sadar dari kepribadian. Berfungsi berdasarkan prinsip kesenangan (*pleasure principle*). Mewakili dorongan biologis dasar seperti makan, seks, dan agresi.

b. Ego

Merupakan bagian sadar dan rasional. Berfungsi berdasarkan prinsip realitas (*reality principle*). Menjembatani kebutuhan id dengan tuntutan realitas dan norma sosial.

c. **Superego**

Representasi dari nilai moral dan norma sosial (internalisasi dari orang tua dan masyarakat).

Bertindak sebagai "hati nurani" yang menghakimi perilaku.

4. **Teori Humanistik**

Teori humanistik adalah salah satu pendekatan dalam psikologi yang berfokus pada potensi manusia, pengembangan diri, dan kebebasan untuk memilih dalam membentuk perilaku. Teori ini muncul sebagai reaksi terhadap pendekatan psikoanalisis (yang menekankan ketidaksadaran dan konflik internal) dan behaviorisme (yang menekankan perilaku yang dapat diamati dan dipelajari). Tokoh Utama Teori Humanistik: Abraham Maslow dan Carl Rogers.

a. **Abraham Maslow – Hierarki Kebutuhan**

Maslow berpendapat bahwa perilaku manusia didorong oleh serangkaian kebutuhan yang tersusun dalam hierarki, dari yang paling dasar hingga paling tinggi:

- 1) Kebutuhan fisiologis: makanan, air, udara, tidur.
- 2) Kebutuhan keamanan: stabilitas, perlindungan, ketertiban.
- 3) Kebutuhan cinta dan memiliki: hubungan sosial, kasih sayang.
- 4) Kebutuhan penghargaan: harga diri, prestasi, dihormati.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri: menjadi diri sendiri yang sepenuhnya, mencapai potensi maksimal.

Perilaku manusia, menurut Maslow, diarahkan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini, mulai dari yang paling dasar.

b. **Carl Rogers – Terapi Berpusat pada Klien**

Rogers menekankan pentingnya pengalaman subjektif individu dan percaya bahwa setiap orang memiliki dorongan alami menuju aktualisasi diri (*self-actualization*). Konsep penting dari Rogers:

- 1) *Self-concept*: Pandangan seseorang tentang dirinya sendiri.
 - 2) Kesesuaian (*congruence*): Kecocokan antara self-concept dan pengalaman nyata.
 - 3) Kebutuhan akan penerimaan tanpa syarat (*unconditional positive regard*): Diterima tanpa syarat oleh orang lain, terutama pada masa kanak-kanak, penting untuk perkembangan sehat.
- c. Ciri-ciri Teori Humanistik:
- 1) Menekankan pilihan bebas dan tanggung jawab pribadi.
 - 2) Fokus pada pengalaman sadar daripada alam bawah sadar.
 - 3) Percaya bahwa manusia pada dasarnya baik dan memiliki dorongan untuk tumbuh.
 - 4) Memandang individu secara holistik, bukan sekadar hasil dari kondisi eksternal atau dorongan batin.

7.4 Proses Pembentukan Perilaku



Gambar 7.1. Proses pembentukan perilaku

Proses pembentukan perilaku adalah tahapan yang menggambarkan bagaimana suatu tindakan atau respon individu terbentuk akibat adanya rangsangan dari lingkungan. Berikut proses pembentukan perilaku pada setiap tahapannya:

1. **Stimulus (Rangsangan)**
Stimulus adalah segala bentuk rangsangan yang datang dari luar atau dalam diri individu. Contohnya: suara keras, bau harum, atau pujian dari orang lain.
2. **Sensasi**
Sensasi terjadi ketika stimulus diterima oleh alat indra (mata, telinga, hidung, dll). Proses ini bersifat fisiologis dan terjadi secara otomatis.
3. **Persepsi**
Persepsi adalah proses otak dalam menafsirkan sensasi yang diterima. Di sinilah individu mulai memberi makna terhadap stimulus, tergantung pengalaman, pengetahuan, dan kondisi emosional.
4. **Motivasi**
Motivasi adalah dorongan dari dalam diri yang mendorong individu untuk merespons stimulus. Dorongan ini bisa bersifat biologis (lapar, haus) atau psikologis (keinginan, ambisi).
5. **Perilaku**
Perilaku adalah tindakan nyata yang dilakukan individu sebagai respons terhadap stimulus setelah melalui proses persepsi dan motivasi.

7.5 Perkembangan Perilaku dalam Tahapan Kehidupan

Perkembangan perilaku dalam tahapan kehidupan merujuk pada perubahan cara individu berpikir, merasa, dan bertindak seiring bertambahnya usia. Perubahan ini dipengaruhi oleh faktor biologis (seperti perkembangan otak dan hormon), lingkungan (seperti keluarga, sekolah, budaya), dan pengalaman pribadi. Berikut penjelasan perkembangan perilaku berdasarkan tahapan kehidupan:

1. **Masa Bayi (0–2 tahun)**
Ciri Perkembangan Perilaku:
 - a. Perkembangan sensorimotor: mulai mengenali dunia melalui pancaindra dan gerakan tubuh.

- b. Perilaku berfokus pada kebutuhan dasar (makan, tidur, kenyamanan).
 - c. Terbentuknya ikatan emosional dengan pengasuh (*attachment*).
 - d. Munculnya emosi dasar: senang, marah, takut, dan sedih.
2. Masa Kanak-Kanak Awal (2–6 tahun)
- Ciri Perkembangan Perilaku:
- a. Egosenrisme tinggi: sulit memahami sudut pandang orang lain.
 - b. Mulai meniru perilaku orang dewasa.
 - c. Perkembangan kemampuan bahasa sangat pesat.
 - d. Belajar mengatur emosi dan perilaku melalui interaksi sosial.
3. Masa Kanak-Kanak Tengah (6–12 tahun)
- Ciri Perkembangan Perilaku:
- a. Meningkatnya kemampuan kognitif: berpikir logis dan konkret.
 - b. Mulai memahami aturan sosial dan moral.
 - c. Perkembangan keterampilan sosial: kerja sama, empati, dan persahabatan.
 - d. Pengaruh teman sebaya mulai meningkat.
4. Masa Remaja (12–18 tahun)
- Ciri Perkembangan Perilaku:
- a. Pencarian identitas diri (menurut Erikson: identitas vs kebingungan identitas).
 - b. Meningkatnya kemandirian dan pengambilan keputusan.
 - c. Perubahan emosi yang dipengaruhi oleh hormon.
 - d. Eksperimen dengan nilai, peran sosial, dan hubungan romantis.
5. Masa Dewasa Awal (18–40 tahun)
- Ciri Perkembangan Perilaku:
- a. Fokus pada hubungan intim dan komitmen (pernikahan, persahabatan mendalam).
 - b. Penyesuaian dengan tanggung jawab kerja dan keluarga.
 - c. Pembentukan identitas profesional dan sosial.
 - d. Kematangan emosional meningkat.

6. Masa Dewasa Tengah (40–65 tahun)
Ciri Perkembangan Perilaku:
 - a. Refleksi terhadap pencapaian hidup.
 - b. Peran sebagai pembimbing bagi generasi muda (*generativity*).
 - c. Kemampuan menyeimbangkan tanggung jawab pribadi dan sosial.
 - d. Kestabilan emosi dan perilaku umumnya meningkat.
7. Masa Lansia (65 tahun ke atas)
Ciri Perkembangan Perilaku:
 - a. Evaluasi terhadap kehidupan (*integritas vs keputusasaan*).
 - b. Menghadapi perubahan fisik, sosial, dan psikologis.
 - c. Penurunan kecepatan kognitif, namun tetap mampu bijak secara emosional.
 - d. Fokus pada makna hidup dan hubungan spiritual.

Perilaku manusia berkembang secara dinamis sesuai dengan tahapan usia dan tantangan hidup yang dihadapi. Memahami perkembangan perilaku ini penting dalam mendukung proses tumbuh kembang individu secara optimal dalam berbagai konteks: pendidikan, keluarga, hingga pekerjaan.

7.6 Perubahan dan Modifikasi Perilaku

Perubahan dan modifikasi perilaku merupakan dua konsep penting dalam psikologi, khususnya dalam bidang psikologi perilaku. Keduanya mengacu pada upaya untuk mengubah cara seseorang bertindak atau merespons terhadap situasi tertentu, namun memiliki pendekatan dan cakupan yang sedikit berbeda.

Perubahan perilaku merujuk pada proses alami maupun terstruktur di mana individu mulai menunjukkan perilaku baru atau menghentikan perilaku lama. Perubahan ini bisa terjadi karena berbagai faktor, seperti pengalaman pribadi, pembelajaran dari lingkungan, atau motivasi internal untuk menjadi lebih baik. Misalnya, seseorang yang sebelumnya merokok memutuskan untuk berhenti karena alasan kesehatan,

atau seseorang mulai berolahraga secara rutin demi meningkatkan kualitas hidup. Dalam hal ini, perubahan bisa bersifat spontan atau merupakan hasil dari dorongan atau nasihat orang lain.

Sementara itu, modifikasi perilaku adalah pendekatan yang lebih sistematis dan terencana untuk mengubah perilaku individu dengan menggunakan prinsip-prinsip pembelajaran, khususnya dari teori behaviorisme. Modifikasi perilaku sering kali diterapkan dalam konteks pendidikan, terapi, dan pelatihan, dan biasanya menggunakan teknik-teknik seperti penguatan positif, penguatan negatif, hukuman, dan pembentukan perilaku bertahap (*shaping*). Tujuan utama dari modifikasi perilaku adalah mengganti perilaku yang tidak diinginkan dengan perilaku yang lebih adaptif atau produktif, melalui pengaturan konsekuensi yang menyertai perilaku tersebut.

Baik perubahan maupun modifikasi perilaku memerlukan pemahaman tentang faktor-faktor yang memengaruhi perilaku manusia, termasuk kebiasaan, lingkungan sosial, emosi, dan kognisi. Keberhasilan dalam mengubah perilaku tidak hanya tergantung pada metode yang digunakan, tetapi juga pada kesiapan individu untuk berubah, dukungan dari lingkungan, dan konsistensi dalam penerapan strategi yang dipilih. Dalam praktiknya, modifikasi perilaku sering kali menjadi alat bantu dalam mencapai perubahan perilaku yang lebih stabil dan berkelanjutan.

Perubahan perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitarnya. Berikut adalah beberapa faktor utama penyebab perubahan perilaku:

1. Faktor Internal (Dari Dalam Diri)
 - a. Perubahan emosi dan perasaan: Stres, kecemasan, kebahagiaan, atau depresi dapat mempengaruhi cara seseorang berperilaku.
 - b. Proses belajar dan pengalaman pribadi: Pengalaman hidup, kesalahan di masa lalu, atau keberhasilan dapat mengubah cara berpikir dan bertindak seseorang.

- c. Perkembangan biologis dan usia: Perubahan hormon, pertumbuhan fisik, serta kematangan psikologis turut memengaruhi perilaku seiring bertambahnya usia.
 - d. Nilai, sikap, dan kepercayaan pribadi: Jika seseorang mengubah pandangannya terhadap sesuatu, perilakunya pun bisa berubah.
2. Faktor Eksternal (Lingkungan)
- a. Pengaruh sosial: Lingkungan keluarga, teman, komunitas, dan budaya tempat individu berada sangat memengaruhi perilakunya.
 - b. Teknologi dan media: Informasi yang diperoleh dari media sosial, televisi, atau internet bisa mempengaruhi pola pikir dan tindakan seseorang.
 - c. Lingkungan fisik: Lingkungan tempat tinggal atau bekerja yang nyaman atau tidak nyaman bisa memengaruhi mood dan perilaku.
 - d. Kebijakan dan sistem sosial: Aturan, norma, dan hukum yang berlaku di masyarakat juga dapat mendorong seseorang mengubah perilaku agar sesuai dengan harapan sosial.
3. Faktor Pendidikan dan Pengetahuan
- a. Informasi baru atau peningkatan wawasan: Pemahaman atau edukasi tentang sesuatu dapat mendorong seseorang mengubah perilaku, misalnya terkait kesehatan, kebiasaan hidup, atau cara berinteraksi.
 - b. Kritik dan masukan dari orang lain: Tanggapan atau nasihat dari orang lain bisa membuat individu menyadari perlunya perubahan perilaku.
4. Faktor Situasional
- a. Kondisi darurat atau krisis: Peristiwa besar seperti bencana alam, pandemi, atau kehilangan bisa memaksa seseorang mengubah perilaku demi bertahan hidup atau beradaptasi.
 - b. Kesempatan dan tantangan baru: Adanya peluang (seperti promosi pekerjaan) atau tantangan (seperti pindah ke lingkungan baru) bisa menjadi pemicu perubahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Prof.Dr.Soekidjo Notoatmodjo, (2017). *Promosi dan Prilaku Kesehatan*, Rineke Cipta, Jakarta

BAB 8

DOMAIN PERILAKU

Oleh Restu Prihandini Widiar

8.1 Pendahuluan

8.1.1 Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap stimulus/rangsangan yang diterima. Perilaku kesehatan (*health behavior*) merupakan suatu respons seseorang karena mendapatkan stimulus / objek yang berkaitan dengan kesehatan, penyakit dan faktor lain yang berpengaruh misalnya lingkungan, asupan makanan dan minuman serta fasilitas pelayanan kesehatan.

Perilaku kesehatan dapat juga diartikan semua aktivitas /kegiatan seseorang yang dapat diamati dan yang tidak dapat diamati yang terkait dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

8.1.2 Batasan Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan secara garis besar dibedakan menjadi dua yaitu perilaku orang sehat agar tetap sehat & meningkat, dan yang kedua perilaku orang sakit / mempunyai masalah kesehatan untuk memperoleh pengobatan atau pemecahan masalah kesehatannya.

Selain itu berdasarkan teori “S-O-R”, perilaku dapat dikelompokkan menjadi perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup merupakan perilaku yang belum bisa diamati orang lain misalnya masih dalam bentuk perhatian, pengetahuan, persepsi maupun sikap. Sedangkan perilaku terbuka merupakan perilaku yang sudah dapat diamati orang lain karena respons terhadap stimulus dalam bentuk tindakan atau praktik.

Meskipun perilaku dibedakan antara perilaku terbuka dan tertutup namun sebenarnya perilaku adalah keseluruhan

pemahaman maupun aktivitas yang terjadi pada seseorang. Perilaku yang sangat kompleks dalam perkembangannya dibagi menjadi 3 domain, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan/praktik. Berikut ini kita akan bahas lebih mendalam tentang domain perilaku kesehatan.

8.2 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan manusia yaitu penglihatan, pendengaran dan sebagainya terhadap objek tertentu. Dalam proses penginderaan sampai menjadi pengetahuan dipengaruhi dua hal yaitu intensitas perhatian dan persepsi tentang objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan seseorang dari hasil penglihatan dan pendengaran. Berikut ini akan dibahas lebih rinci tentang 6 tingkatan pengetahuan.

8.2.1 Tahu

Tahu dimaknai sebagai mengingat kembali memori yang sudah ada sebelumnya setelah mengamati objek tertentu. Contoh pada tingkatan ini misalnya:

1. Seseorang yang tahu bahwa buah naga mengandung vitamin C,
2. Seseorang tahu apotik adalah tempat untuk pengambilan obat,
3. Seseorang tahu jika mengalami kejadian gawat darurat maka harus ke UGD dan lain sebagainya.

Dalam pengukurannya dapat memakai pertanyaan misalnya: Apa penyebab penyakit diare? Bagaimana tanda-tanda seseorang yang mengalami anemia? Dimana tempat pembayaran pengobatan di rumah sakit? dan lain sebagainya.

8.2.2 Memahami

Lebih mendalam dibandingkan dari tingkatan sebelumnya yaitu “tahu”, seseorang pada tingkatan memahami bukan sekedar mengetahui atau dapat menyebutkan objek

tertentu namun juga bisa mengintepretasikan secara tepat objek tersebut. Sebagai contoh pada tingkatan ini yaitu:

1. Seseorang yang memahami tentang cara melakukan pemberantasan penyakit DBD tidak hanya sekedar tahu tentang 3M, namun harus bisa menjelaskan alasan mengapa perlu mengubur barang bekas serta menutup dan menguras tempat yang digunakan untuk menampung air.
2. Seseorang yang memahami tentang menangani penyakit anemia tidak hanya sekedar tahu perlu mengkonsumsi daging merah dan sayurah hijau, minum tablet tambah darah serta menghindari minum teh dan kopi. Namun harus bisa menjelaskan mengapa perlu mengkonsumsi makanan dan obat tersebut serta tahu apa alasannya teh dan kopi harus dihindari.

8.2.3 Aplikasi

Pada tingkatan ini seseorang telah bisa memahami objek dan bisa menerapkan prinsip yang telah dipahami tersebut pada kondisi yang lain. Misalnya contoh pada tingkatan ini adalah:

1. Seseorang yang memahami tentang sistem pencernaan maka dapat membuat perencanaan pemenuhan gizi untuk mewujudkan tubuh yang sehat.
2. Seseorang yang telah memahami sistem pernafasan, maka dia bisa mengaplikasikan di rumahnya dibuat ventilasi agar terjadi pertukaran udara.

8.2.4 Analisis

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk memisahkan-misahkan kemudian mencari apakah ada hubungan diantara bagian-bagian yang ada dalam suatu objek tertentu. Ciri-ciri pengetahuan seseorang pada tingkatan analisis yaitu jika telah dapat melihat perbedaan atau memisahkan, membuat suatu kelompok, atau membuat bagan/diagram sesuai pengetahuan atas objek tertentu. Pada tingkatan ini contohnya yaitu:

1. Seseorang dapat membedakan penyakit yang disebabkan oleh keturunan atau bukan.
2. Seseorang dapat membuat bagan alur pemeriksaan di rumah sakit yang pernah dialaminya dan lain sebagainya.

8.2.5 Sintesis

Sintesis merupakan kemampuan seseorang menyimpulkan banyak objek menjadi sesuatu yang umum (merangkum). Dengan kata lain seseorang dapat menyimpulkan secara logis dari bagian-bagian pengetahuan yang telah dimiliki. Misalnya :

1. Seseorang yang dapat menjelaskan materi penyuluhan yang baru saja dia dapatkan.
2. Seseorang dapat menceritakan pengalaman saat dia menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit.

8.2.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi seseorang mampu menilai suatu objek tertentu. Penilaian yang dilakukan berdasarkan kriteria – kriteria yang dia tentukan sendiri atau sesuai norma yang ada di lingkungan masyarakat. Pada tahapan evaluasi contohnya yaitu:

1. Seorang ibu dapat menilai seorang anak menderita obesitas atau tidak.
2. Seorang ibu yang dapat menilai manfaat mengikuti imunisasi dasar lengkap pada anaknya dan lain sebagainya.

Untuk meningkatkan pengetahuan ada beberapa cara salah satunya promosi kesehatan. Promosi kesehatan dengan metode ceramah yang menggunakan media video dapat meningkatkan pengetahuan individu.

8.3 Sikap

Sikap merupakan respons seseorang terhadap suatu stimulus yang masih dalam bentuk tertutup. Dalam tahapan ini seseorang sudah melibatkan emosi serta pendapat misalnya senang atau tidak, setuju atau tidak, baik atau tidak, dan lain sebagainya.

Sikap juga dapat diartikan sebagai kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek tertentu sehingga sikap itu sendiri dapat melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan lainnya.

Sikap adalah kesiapan/kesediaan untuk melakukan tindakan atau merupakan predisposisi perilaku (tindakan) yang reaksinya masih tertutup. Sikap terdiri dari 3 komponen pokok yaitu:

1. Kepercayaan/keyakinan, ide dan konsep terhadap objek tertentu artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek tersebut.
2. Evaluasi seseorang terhadap objek tertentu artinya bagaimana penilaian (termasuk emosi) terhadap objek tersebut.
3. Kecenderungan bertindak artinya sikap merupakan tahapan sebelum tindakan/perilaku terbuka.

Tiga komponen tersebut secara komprehensif membentuk suatu sikap yang utuh. Berikut ini adalah tingkatan sikap berdasarkan intensitasnya: Menerima, Menanggapi, Menghargai & Bertanggung jawab.

8.3.1 Menerima

Pada tingkatan menerima seseorang mau menerima stimulus yang diberikan. Contohnya yaitu:

1. Sikap ibu hamil terhadap pemeriksaan ANC dapat diketahui dari kepatuhan dalam kehadiran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan ANC.
2. Sikap seseorang terhadap vaksinasi covid-19 dapat diketahui dari kepatuhan kunjungan ulang untuk mendapatkan vaksin.

8.3.2 Menanggapi

Pada tingkatan menanggapi maksudnya adalah seseorang dapat memberikan tanggapan maupun jawaban terkait objek atau pertanyaan yang ditemui. Contohnya yaitu:

1. Seorang remaja yang mengikuti penyuluhan tentang bahaya merokok diberikan pertanyaan/ diminta menanggapi tentang suatu hal, kemudian ia menjawab dan menanggapi.
2. Seorang ibu yang mengikuti penyuluhan tentang makanan pendamping ASI diberikan pertanyaan/ diminta

menanggapi tentang suatu hal, kemudian ia menjawab dan menanggapi.

8.3.3 Menghargai

Pada tingkatan ini, seseorang menilai positif terkait objek /stimulus. Dalam situasi ini seseorang dapat mengajak/mempengaruhi/menganjurkan orang lain untuk merespon objek. Contohnya yaitu:

1. Seorang remaja yang telah mengikuti penyuluhan tentang bahaya merokok, dia dapat menganjurkan temannya untuk berhenti merokok.
2. Seorang ibu yang telah mengikuti penyuluhan tentang makanan pendamping ASI, dapat mempengaruhi temannya untuk tidak memberikan makanan sebelum bayi berusia 6 bulan.

8.3.4 Bertanggungjawab

Bertanggungjawab merupakan sikap pada tingkatan yang tertinggi. Pada tingkatan ini seseorang bertanggung jawab pada apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah menentukan sikap tertentu sesuai keyakinannya, dia seharusnya siap atas resiko yang kemungkinan timbul. Contohnya yaitu:

1. Seorang remaja yang mengikuti penyuluhan tentang bahaya merokok ia harus mengorbankan waktunya bermain.
2. Seorang ibu yang mengikuti penyuluhan tentang makanan pendamping ASI, ia harus mengorbankan waktunya mungkin juga kehilangan penghasilannya.

Sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh promosi kesehatan yang dilakukan kepada masyarakat. Salah satu penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan promosi kesehatan terdapat peningkatan sikap yang positif dibandingkan sebelumnya.

8.4 Praktik (Tindakan)

Sebelumnya telah dibahas bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak. Terwujudnya sikap menjadi

sebuah tindakan ataupun praktik memerlukan fasilitas / sarana prasarana. Misalnya seorang ibu hamil sudah mengetahui bahwa *antenatalcare* diperlukan untuk memantau kesehatan ibu dan janin, serta sudah ada niat untuk melakukannya. Niat untuk melakukan *antenatalcare* tersebut merupakan sebuah sikap, agar sikap ini dapat terwujud menjadi praktik/tindakan maka diperlukan adanya pelayanan tersebut di Bidan/Posyandu/Puskesmas yang mudah dijangkau baik dari segi lokasi maupun biaya. Apabila fasilitas tersebut tidak dapat dijangkau, maka ibu tersebut tidak akan melakukan *antenatalcare*. Tindakan /praktik ini berdasarkan kualitasnya dapat dibedakan menjadi 3, yaitu praktik terpimpin, praktik secara mekanisme dan adopsi.

8.4.1 Praktik Terpimpin

Pada tingkatan ini seseorang telah melakukan suatu tindakan namun masih bergantung pada panduan atau tuntutan tertentu. Contohnya yaitu:

1. Seorang ibu hamil melakukan *antenatalcare* namun harus diingatkan oleh tenaga kesehatan atau keluarga.
2. Seorang penderita penyakit TBC minum obat rutin namun harus ada anggota keluarga yang mengingatkan.

8.4.2 Praktik Secara Mekanisme

Praktik secara mekanisme ini terjadi pada seseorang yang bertindak/mempraktikkan sesuatu tanpa diperintah lagi. Contohnya yaitu:

1. Seorang ibu hamil melakukan *antenatalcare* atas kesadarannya sendiri tanpa diingatkan oleh tenaga kesehatan atau keluarga.
2. Seorang penderita penyakit TBC minum obat rutin atas kesadarannya sendiri tanpa harus ada anggota keluarga yang mengingatkan lagi.

8.4.3 Adopsi

Pada tingkatan ini seseorang mempraktikkan/melakukan sesuatu yang sudah berkembang, bukan merupakan rutinitas

saja namun sudah mampu memodifikasi menjadi suatu tindakan yang berkualitas. Contohnya yaitu:

1. Seseorang yang melakukan gosok gigi tidak sekedar menggosok gigi namun memperhatikan juga teknik yang benar.
2. Seorang ibu memasak dengan memilih-milih bahan makanan yang mengandung zat gizi tinggi, walaupun mahal harganya.

Domain praktik ini berperan dalam kejadian penyakit-penyakit yang diakibatkan karena perilaku kesehatan. Misalnya dalam penelitian yang dilakukan baru-baru ini domain praktik berhubungan dengan kejadian penyakit DBD. Dalam hal itu tenaga kesehatan perlu meningkatkan program penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan & sikap masyarakat sehingga kebiasaan praktik hidup sehat dengan melakukan 3M plus bisa berjalan dengan baik.

8.5 Pengukuran Domain Perilaku

Ilmu pengetahuan terus berkembang pesat berkat riset-riset yang dilakukan oleh para ilmuwan di berbagai bidang. Setiap temuan baru hasil penelitian membuka wawasan baru, memperkaya pemahaman kita tentang dunia, dan memberikan solusi atas tantangan-tantangan yang dihadapi oleh masyarakat. Termasuk dalam bidang perilaku kesehatan juga telah dilakukan banyak riset yang memperluas ilmu kita. Berikut ini beberapa contoh kuesioner yang digunakan dalam pengukuran domain perilaku :

Kuesioner Pengetahuan Tentang Penyakit TB

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Penyakit TB Paru dapat disembuhkan		
2	Dengan mengkonsumsi obat secara rutin dan teratur penyakit TB Paru dapat disembuhkan		
3	Kebiasaan merokok yang berlebihan dapat memperparah penyakit TB Paru		
4	Berbicara dan batuk tidak ditutupi dapat Parumenyebarkan kuman penyakit TB Paru		
5	Daya tahan tubuh yang baik akan mempercepat proses pertumbuhan penyakit TB Paru		
6	Memisahkan alat makan dan mandi dari peralatan anggota keluarga lain, dapat mencegah penularan penyakit TB Paru		
7	Efek samping pengobatan TB Paru dapat menyebabkan gangguan penyakit TB Paru		
8	Jika pernah terkena TB Paru atau kambuh lagi makan penyakit ini sulit disembuhkan		
9	Penyakit TB Paru membuat kondisi fisik menurun dan buruk		
10	Penyakit TB Paru membuat badan semakin kurus		
11	Penyakit TB Paru mudah penularannya melalui udara misalnya batuk atau bersin, air ludah dll.		
12	Kuman TB Paru tidak hanya menyerang paru saja, namun dapat menyerang organ lain juga.		

No	Pernyataan	Ya	Tidak
13	Penyakit TB Paru ini hanya disebabkan kuman mycobacterium saja.		
14	Penyakit TB Paru paling mudah menyerang orang tua karena terjadi penurunan daya tahan tubuh		
15	Orang yang mengalami TB Paru karena tidak mendapatkan imunisasi BCG		
16	Penyakit TB Paru hanya berkembang di lingkungan yang kumuh dan padat saja		
17	Proses penyembuhan penyakit TB Paru perlu pengobatan rutin dan makanan bergizi		
18	Konsumsi minuman beralkohol dapat memperparah penyakit TB Paru		
19	Sakit dada, sesak, batuk berdarah, demam, lemah, tidak nafsu makan merupakan gejala terkena TB Paru		
20	Untuk memastikan penyakit TB Paru dapat dilakukan pemeriksaan dahak di laboratorium dan rontgen dada.		

Kuesioner Sikap Ibu Tentang Imunisasi

No	Pernyataan	Setuju	Ragu	Tidak Setuju
1	Informasi tentang imunisasi penting bagi ibu			
2	Pendidikan kesehatan tentang imunisasi yang diberikan petugas kesehatan dapat menambah ilmu pengetahuan bagi ibu			
3	Pendidikan kesehatan tentang imunisasi perlu diberikan kepada wanita dewasa karena untuk persiapan menjadi ibu yang memiliki anak			
4	Imunisasi perlu diberikan kepada bayi dan anak karena untuk menjaga kekebalan tubuh			
5	Ibu perlu membawa bayi /anak untuk mendapatkan imunisasi			
6	Setelah diberikan imunisasi, ibu meyakini imunisasi tersebut bermanfaat untuk bayi/anak			
7	Saat kunjungan ulang imunisasi, ibu merasa terganggu karena harus membawa anaknya ke posyandu/puskesmas/rumah sakit/praktik bidan			
8	Ibu keberatan membawa anak untuk imunisasi karena setelah imunisasi akan mengalami demam/bengkak pada tempat suntikan			
9	Ibu akan membawa anak untuk mendapatkan imunisasi ulang karena akan menambah kekebalan untuk anaknya			
10	Pemberian imunisasi pada anak dapat melindungi dari penyakit dan			

No	Pernyataan	Setuju	Ragu	Tidak Setuju
	memberikan kekebalan tubuh			
11	Imunisasi BCG penting bagi bayi sehingga saya akan membawa bayi untuk imunisasi BCG			
12	Imunisasi campak penting bagi bayi sehingga saya akan membawa bayi untuk imunisasi campak			
13	Imunisasi DPT penting bagi bayi sehingga saya akan membawa bayi untuk imunisasi DPT			
14	Imunisasi Hepatitis B penting bagi bayi sehingga saya akan membawa bayi untuk imunisasi Hepatitis B lengkap			
15	Imunisasi polio penting bagi bayi sehingga saya akan membawa bayi untuk imunisasi polio lengkap 4x			
16	Imunisasi campak diberikan pada usia 9 bulan dan saya akan membawa anak untuk diberikan imunisasi campak			
17	Ibu membawa bayi untuk imunisasi hepatitis B			
18	Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah penyakit yang kurang berbahaya			
19	Anak rentan terserang penyakit sehingga pemberian imunisasi merupakan tindakan yang tepat			
20	Saya membawa bayi ke posyandu/puskesmas untuk mendapatkan imunisasi			

Kuesioner Praktik Pelayanan Bagian Pendaftaran Rumah Sakit

No	Pernyataan	Baik	Cukup	Kurang
1	Pelayanan buka tepat waktu			
2	Tersedia nomor antrean			
3	Jumlah tempat duduk ruang tunggu mencukupi			
4	Kebersihan di ruang tunggu selalu terjaga			
5	Tersedia fasilitas lain di ruang tunggu (TV, koran, majalah)			
6	Petugas selalu berpenampilan rapi			
7	Petugas memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat			
8	Petugas mempunyai pengetahuan yang baik tentang pelayanan di rumah sakit			
9	Petugas tetap ramah menghadapi keluhan pasien di pendaftaran			
10	Petugas terampil dalam memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat			
11	Petugas memberikan informasi dengan jelas			
12	Petugas selalu bersikap ramah dan sopan kepada pasien			
13	Petugas selalu menjaga kenyamanan pasien			
14	Pasien dipanggil urus sesuai dengan nomor antrian			
15	Petugas menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh			

No	Pernyataan	Baik	Cukup	Kurang
	pasien			
16	Petugas selalu mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian			
17	Petugas selalu memberi salam saat bertemu pasien datang			
18	Petugas mengucapkan terimakasih pada akhir pelayanan			

DAFTAR PUSTAKA

- Herawati, C., Kristanti, I., Indragiri, S., Wahyuni, N. T., & Kunci, K. (2024). *Peran Domain Praktik terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue*. 19, 9–13.
- Herawati, C., Kristanti, I., Selviana, M., & Novita, T. (2019). Peran Promosi Kesehatan Terhadap Perbaikan Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Membuang Sampah Pada Siswa Sekolah Menengah Atas. *Dimasejati: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(1), 40–51. <https://doi.org/10.24235/dimasejati.v1i1.5397>
- Maharani, R., Kurniawan, B., Kesehatan, F., Hang, U., Pekanbaru, T., Mustafa, J., No, S., & Selatan, T. (2024). *Efektivitas Promosi Kesehatan Tentang Sensitivitas Gender Dan Perilaku Seksual Menyimpang Terhadap Domain Perilaku*. 13(2), 256–266.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Wawan, A dan Dewi, M. (2021). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Nuha Medika.

BAB 9

DETERMINAN PERILAKU

Oleh Rezyana Budi Syahputri

9.1 Pendahuluan

Perilaku kesehatan merujuk pada tindakan individu, kelompok, atau masyarakat yang memengaruhi status kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku ini dapat berupa tindakan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan (Green & Kreuter dalam Monteiro, Jancey and Howat, 2014). Dalam konteks kesehatan masyarakat, perilaku kesehatan menjadi elemen kunci karena berkontribusi signifikan terhadap pencapaian derajat kesehatan yang optimal. Perilaku ini tidak berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi oleh berbagai determinan yang bersifat multidimensional, meliputi faktor individu, sosial, lingkungan, dan structural (World Health Organization., 2008).

Determinan perilaku kesehatan merupakan suatu konsep fundamental dalam bidang kesehatan masyarakat yang menjelaskan berbagai faktor kompleks yang memengaruhi tindakan dan keputusan individu terkait kesehatan (Glanz, Barbara and Viswanath, 2008). Setiap individu memiliki karakteristik unik yang dipengaruhi oleh konteks sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan yang membentuk persepsi, sikap, dan praktik kesehatannya. Kompleksitas determinan perilaku kesehatan mencerminkan bahwa kesehatan bukan sekadar urusan individual, melainkan hasil interaksi multidimensi antara faktor individu (seperti pengetahuan, sikap, dan perilaku), sosial (seperti kondisi fisik dan akses ke layanan kesehatan), dan struktural (seperti kebijakan dan regulasi kesehatan) (Sahler *et al.*, 2018). Faktor-faktor ini tidak hanya mempengaruhi status kesehatan seseorang, tetapi juga mempengaruhi perilaku mereka.

Dalam konteks perilaku kesehatan, determinan berfungsi sebagai penggerak atau penghalang yang mendorong orang untuk berperilaku sehat. Semua upaya seseorang untuk meningkatkan, memelihara, atau memulihkan kesehatan mereka serta mencegah penyakit dikenal sebagai perilaku kesehatan sendiri (Kasl and Cobb, 1966). Pengetahuan dan sikap seseorang terhadap kesehatan, dukungan sosial, dan ketersediaan layanan kesehatan adalah faktor-faktor yang sangat penting dalam menentukan pilihan mereka untuk menerapkan gaya hidup sehat, seperti menghindari rokok dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur (Rohmah, Purwaningsih and Bariyah, 2012; Hardiyanti, Efendi and Kusumaningrum, 2020).

Untuk mengembangkan intervensi kesehatan yang lebih efisien dan berkelanjutan, penting untuk memahami determinan perilaku kesehatan. Metode menyeluruh ini memungkinkan profesional kesehatan untuk mempertimbangkan tidak hanya masalah medis tetapi juga faktor sosial, budaya, dan struktural yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat. Menurut beberapa studi longitudinal, intervensi kesehatan yang mempertimbangkan faktor perilaku secara keseluruhan berhasil lebih baik daripada yang menggunakan pendekatan parsial. Ini disebabkan oleh fakta bahwa setiap orang memiliki konteks dan latar belakang yang unik, yang berdampak pada cara mereka memahami dan menerapkan kesehatan mereka. Misalnya, program promosi kesehatan yang terbatas pada pendidikan dan tidak mempertimbangkan faktor sosial-ekonomi cenderung tidak efektif (Kafarudin, Yusran and Larisu, 2022). Sebaliknya, perubahan perilaku kesehatan yang signifikan dan berkelanjutan dapat dicapai melalui intervensi yang menggabungkan elemen pengetahuan, aksesibilitas, dukungan sosial, dan kebijakan (Adliyani, Angraini and Soleha, 2017; La ode Asrianto, Teti Susliyanti Hasiu, Marwah Aisyah, 2022) .

Pemahaman yang mendalam mengenai hubungan antara perilaku kesehatan dan determinannya tidak hanya berkontribusi pada pengembangan intervensi kesehatan masyarakat yang berbasis bukti, tetapi juga mendorong terciptanya kebijakan yang lebih inklusif. Melalui sinergi antara faktor individu, sosial, dan struktural, perilaku sehat dapat

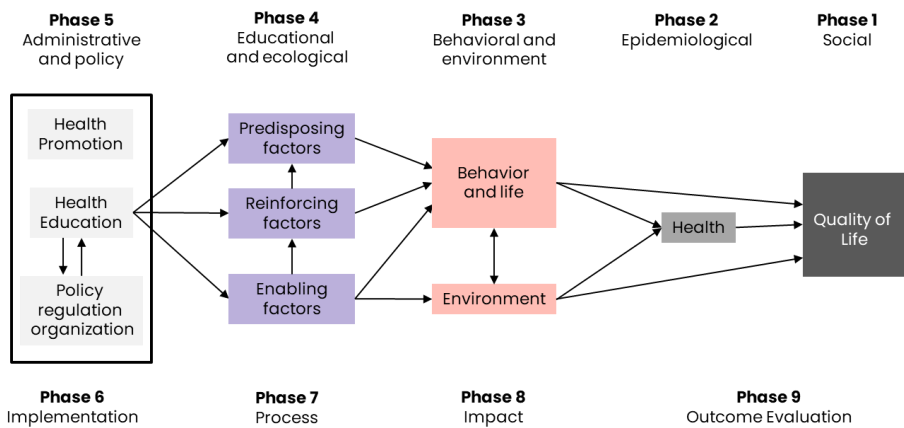
didorong secara lebih efektif untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

9.2 Teori Determinan Perilaku Kesehatan

Berbagai teori dapat digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi determinan perilaku kesehatan. Teori-teori ini membantu kita memahami lebih baik bagaimana sistem sosial, lingkungan, dan individu berinteraksi satu sama lain untuk membentuk perilaku kesehatan.

9.2.1 Teori Lawrence-Green

Teori PRECEDE-PROCEED, yang dikembangkan oleh Lawrence W. Green, adalah model perencanaan promosi kesehatan yang terdiri dari dua tahap utama: PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*) dan PROCEED (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*) (Fertman dalam Pakpahan *et al.*, 2021) .



Gambar 9.1. Teori Lawrence Green

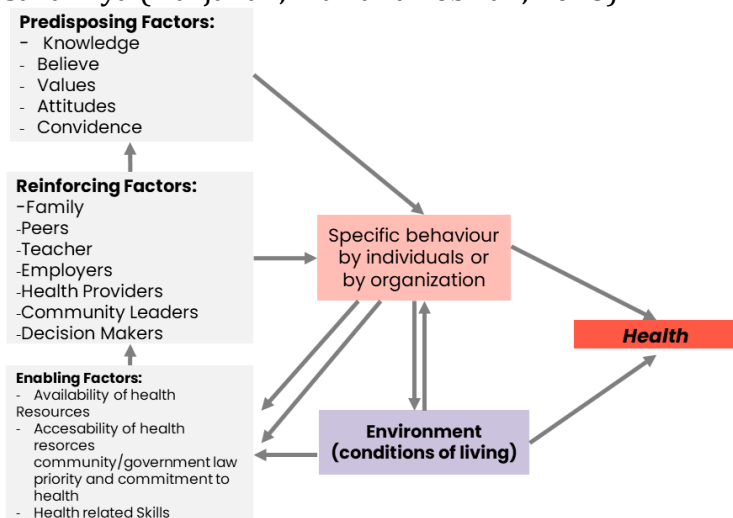
Pada tahap PRECEDE, analisis berkonsentrasi pada penemuan faktor perilaku dan lingkungan yang berdampak pada kesehatan. Dalam hal ini, tiga kategori utama menjadi perhatian:

1. *Predisposing Factors*

Faktor-faktor yang memengaruhi motivasi awal seseorang untuk berperilaku sehat. Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, nilai, keyakinan, dan persepsi individu terhadap kesehatan. *Predisposing factors* mencerminkan bagaimana individu memandang risiko, manfaat, atau relevansi perilaku kesehatan. Misalnya, seseorang yang memiliki pengetahuan tentang bahaya merokok dan percaya bahwa berhenti merokok akan meningkatkan kualitas hidupnya lebih mungkin termotivasi untuk berhenti (Mirnawati *et al.*, 2018).

2. *Reinforcing Factors*

Faktor-faktor yang memperkuat atau mempertahankan perilaku kesehatan melalui dukungan sosial, penghargaan, atau konsekuensi dari perilaku tersebut. *Reinforcing factors* biasanya berasal dari lingkungan sosial, seperti dukungan dari keluarga, teman, atau tenaga kesehatan, serta penghargaan yang dirasakan setelah melakukan perilaku sehat. Misalnya, seseorang yang mulai berolahraga secara teratur mungkin termotivasi untuk melanjutkan karena pujian dari teman atau perasaan lebih sehat yang dirasakannya (Nurjanah, Fitri and Febrian, 2018).



Gambar 9.2. Tiga Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

3. *Enabling Factors*

Faktor-faktor yang memfasilitasi atau menghambat individu untuk melakukan tindakan kesehatan. Ini melibatkan sumber daya, aksesibilitas, kebijakan, atau ketersediaan layanan yang mendukung perilaku sehat. *Enabling factors* mencakup kondisi lingkungan yang memungkinkan perilaku terjadi, seperti akses ke fasilitas olahraga, ketersediaan vaksinasi, atau kebijakan kesehatan yang mendukung. Sebagai contoh, individu yang ingin makan sehat akan lebih mudah melakukannya jika ada akses ke makanan bergizi dengan harga terjangkau.

9.2.2 Teori *World Health Organization (WHO)*

Analisis perilaku kesehatan menekankan pada berbagai faktor yang mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan atau bertindak terkait kesehatan (World Health Organization, 2008). WHO mengidentifikasi beberapa faktor utama yang mempengaruhi perilaku seseorang, khususnya dalam konteks kesehatan. Berikut penjelasan lebih lengkap mengenai masing-masing faktor:

1. Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts and Feeling*)

Faktor ini berhubungan dengan proses kognitif dan afektif seseorang dalam memahami dan merespons suatu objek, termasuk objek kesehatan. Terdapat tiga aspek penting yang membentuk perilaku, yaitu:

- a. Pengetahuan: Merupakan informasi yang dimiliki seseorang mengenai suatu hal. Pengetahuan yang memadai tentang kesehatan, misalnya, dapat mendorong seseorang untuk berperilaku sehat. Sebaliknya, kurangnya pengetahuan bisa menyebabkan perilaku yang merugikan kesehatan.
- b. Kepercayaan: Berkaitan dengan keyakinan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu. Jika seseorang percaya bahwa perilaku tertentu (seperti olahraga rutin) dapat meningkatkan kesehatan, maka ia lebih cenderung melakukannya.
- c. Sikap: Merupakan kecenderungan seseorang dalam memberikan respon terhadap suatu objek berdasarkan

pengetahuan dan kepercayaannya. Sikap positif terhadap kesehatan akan mendorong perilaku yang mendukung kesehatan itu sendiri.

2. Tokoh Panutan (*Significant Others*)

Perilaku seseorang sering dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting atau memiliki pengaruh dalam kehidupannya, seperti orang tua, guru, teman dekat, atau tokoh masyarakat. Jika tokoh tersebut menunjukkan perilaku positif terhadap kesehatan, maka individu cenderung menirunya. Pengaruh ini bisa terjadi melalui peniruan (imitasi) atau dorongan langsung (motivasi sosial).

3. Sumber Daya (*Resources*)

Faktor ini mencakup segala bentuk sumber yang dapat mendukung atau menghambat perilaku seseorang, seperti:

- a. Fasilitas: Ketersediaan sarana dan prasarana, seperti pusat kesehatan, tempat olahraga, atau akses terhadap informasi kesehatan.
- b. Uang: Kemampuan finansial dapat mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Waktu dan Tenaga: Keterbatasan waktu dan tenaga bisa menjadi hambatan dalam menerapkan perilaku sehat, seperti olahraga rutin atau mengikuti pemeriksaan kesehatan.

Oleh karena itu, akses terhadap sumber daya yang memadai sangat penting untuk mendukung perilaku positif.

4. Kebiasaan dan Budaya (*Norms and culture*)

Setiap masyarakat memiliki norma, kebiasaan, nilai, dan tradisi yang membentuk pola perilaku kolektif, dikenal sebagai budaya. Budaya mempengaruhi cara pandang masyarakat terhadap kesehatan dan perilaku yang berkaitan dengannya. Misalnya, dalam budaya tertentu, pengobatan tradisional lebih dipercaya daripada pengobatan modern. Pemahaman terhadap budaya masyarakat sangat penting untuk merancang program promosi kesehatan yang efektif, agar pesan yang disampaikan lebih mudah diterima dan diterapkan.

9.2.3 Teori Snehandu B. Kar

Teori yang dikemukakan oleh Snehandu B. Kar mencakup determinan perilaku kesehatan dengan memperhatikan lima faktor utama yang mempengaruhi keputusan dan tindakan individu terkait kesehatan.

$$B = f(BI, AI, PA, AS)$$

Gambar 9.3. Teori Snehandu B. Kar

Gambar 9.3 menampilkan Teori Perilaku dari Snehandu B. Kar, yang menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku seseorang. Dimana menunjukkan bahwa perilaku (B) dipengaruhi oleh lima faktor utama :

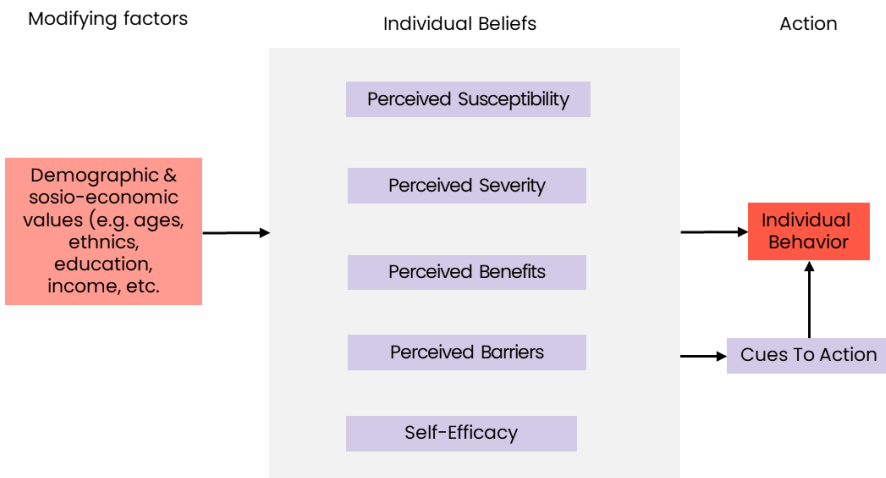
1. *Behavior Intention/ BI* (Niat Seseorang untuk bertindak)
Awal tindakan yang mendorong orang untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan. Niat ini berfungsi sebagai prediktor utama perilaku yang terjadi di dunia nyata. Dalam hal kesehatan, keinginan untuk bertindak dapat berupa keinginan untuk mempertahankan kesehatan, berobat, mengubah gaya hidup, atau mengambil obat tertentu.
2. *Social Support/ SS* (Dukungan Sosial)
Dukungan sosial merujuk pada bantuan emosional, informasi, atau praktis yang diberikan oleh orang-orang di sekitar individu, seperti keluarga, teman, atau komunitas. Dukungan ini dapat berupa dorongan moral, pengingat, atau bantuan praktis dalam mengakses layanan kesehatan atau menjaga kebiasaan sehat.
3. *Accessibility of Information/ AI* (Akses terhadap Informasi tentang Kesehatan atau Fasilitas Kesehatan)
Akses informasi merujuk pada ketersediaan dan kemudahan mendapatkan informasi yang relevan mengenai kesehatan atau layanan kesehatan. Ini termasuk informasi tentang cara hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, dan akses ke fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau klinik.
4. *Personal Autonomy/ PA* (Otonomi Pribadi)
Kemampuan individu untuk membuat keputusan dan bertindak sesuai dengan keinginan, nilai, dan preferensi pribadi mereka, tanpa adanya tekanan eksternal yang tidak diinginkan.

5. *Action Situation* (Situasi yang Memungkinkan untuk Bertindak atau Tidak Bertindak)

Kondisi eksternal yang mempengaruhi apakah individu dapat atau tidak dapat mengambil tindakan tertentu. Ini melibatkan faktor-faktor seperti ketersediaan waktu, fasilitas, dukungan sosial, atau bahkan kondisi sosial dan ekonomi.

9.2.4 Health Belief Model

Hochbaum, Rosenstock, dan tim mereka di US Public Health Service mengembangkan *Health Belief Model* (HBM) pada tahun 1950-an untuk memahami mengapa orang memilih untuk melakukan atau tidak tindakan pencegahan penyakit (Hayden, 2009). Menurut model ini, perilaku kesehatan seseorang terutama didasarkan pada bagaimana mereka melihat ancaman kesehatan mereka dan bagaimana mereka menilai keuntungan dan kerugian dari tindakan yang mereka ambil.



Gambar 9.4. Teori Health Belief Model (Modifikasi dari Glanz dalam Nelson, 2021)

HBM terdiri dari enam elemen utama yang memengaruhi keputusan perilaku kesehatan:

1. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

Persepsi kerentanan merupakan keyakinan seseorang tentang kemungkinan mereka menderita penyakit atau kondisi

kesehatan tertentu. Faktor ini mempengaruhi cara seseorang melihat risiko kesehatan mereka. Semakin besar persepsi kerentanan seseorang, semakin besar kemungkinan mereka mengambil tindakan pencegahan. Misalnya, seseorang yang menyadari bahwa mereka memiliki riwayat penyakit jantung dalam keluarganya cenderung lebih memperhatikan pola makan dan aktivitas fisik mereka untuk mengurangi risiko tersebut.

2. *Perceived Severity* (Persepsi Keseriusan)

Persepsi Keseriusan atau keparahan merupakan keyakinan seseorang tentang tingkat keseriusan atau efek negatif dari penyakit yang mungkin mereka alami. Ini termasuk konsekuensi fisik, seperti kematian atau kecacatan, emosional, seperti kecemasan atau stres, dan sosial. Seseorang akan lebih termotivasi untuk bertindak jika mereka percaya bahwa penyakit tertentu sangat parah. Sebagai contoh, kesadaran bahwa kanker paru-paru dapat fatal sering mendorong seseorang untuk berhenti merokok.

3. *Perceived Benefits* (Persepsi Manfaat)

Keyakinan seseorang bahwa tindakan kesehatan tertentu akan membawa manfaat bagi mereka dikenal sebagai persepsi manfaat yang dilihat. Faktor-faktor ini membantu orang menilai apakah langkah-langkah yang disarankan, seperti vaksinasi, pemeriksaan kesehatan, atau olahraga, menurunkan risiko atau keparahan penyakit. Salah satu contohnya adalah jika seseorang percaya bahwa vaksin flu dapat mencegah penyakit serius, mereka lebih mungkin divaksinasi.

4. *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan)

Faktor-faktor yang dapat menghalangi orang untuk mendapatkan perawatan kesehatan termasuk tantangan fisik, psikologis, finansial, atau sosial yang dianggap sebagai penghalang. Ketidaknyamanan, biaya tinggi, kurangnya akses ke layanan kesehatan, atau ketakutan terhadap efek samping adalah beberapa dari hambatan ini. Misalnya, seseorang mungkin menolak untuk menjalani pemeriksaan kanker karena takut mendapatkan diagnosis yang tidak menyenangkan. Langkah penting dalam promosi kesehatan adalah mengatasi tantangan ini, seperti memberikan subsidi atau mengurangi stigma.

5. *Cues to Action* (Rangsangan untuk Bertindak)

Faktor internal atau eksternal yang mendorong seseorang untuk mengambil tindakan kesehatan dikenal sebagai *cues to action*. Pengalaman pribadi, rekomendasi dokter, kampanye kesehatan, atau pengingat di media sosial adalah beberapa contoh stimulus ini. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin memutuskan untuk memberikan imunisasi kepada anaknya setelah mendengar tentang dokter atau membaca tentang wabah penyakit tertentu.

6. *Self-Efficacy* (Efikasi Diri)

Keyakinan seseorang terhadap kemampuan mereka untuk melakukan perawatan kesehatan dengan sukses disebut *self-efficacy*. Faktor-faktor ini memengaruhi keyakinan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk mengatasi tantangan dan mengadopsi perilaku sehat. Seseorang yang percaya diri dalam kemampuan mereka untuk berolahraga meskipun memiliki jadwal yang padat lebih mungkin untuk memulai dan mempertahankan rutinitas tersebut. Pelatihan, dukungan sosial, dan umpan balik positif adalah beberapa cara intervensi kesehatan dapat meningkatkan efisiensi diri.

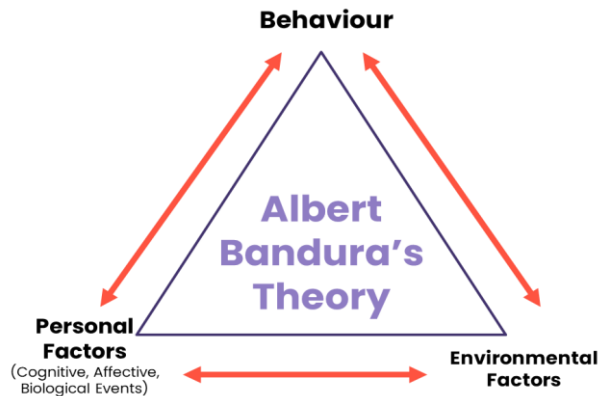
Setiap elemen HBM berfungsi secara sinergis untuk mempengaruhi pilihan individu. Sebagai contoh, jika seseorang merasa rentan terhadap diabetes (*perceived susceptibility*) dan menganggapnya sebagai penyakit serius (*perceived severity*), mereka mungkin tetap tidak mengambil tindakan jika mereka merasa tindakan tersebut tidak memberikan manfaat (*perceived benefits*) atau menghadapi hambatan besar (*perceived barriers*) (Abraham and Sheeran, 2016). Namun, tindakan yang tepat dan peningkatan keefektifan diri dapat membantu orang mengatasi tantangan dan menghindarinya. Berikut ini adalah aplikasi praktis yang dapat dijadikan sebagai contoh, kampanye penggunaan kondom untuk mencegah HIV/AIDS:

1. *Perceived susceptibility*: Memberikan informasi tentang risiko penularan HIV tanpa perlindungan.
2. *Perceived severity*: Menjelaskan dampak serius HIV pada kesehatan dan kualitas hidup.

3. *Perceived benefit*: Menekankan efektivitas kondom dalam mencegah HIV.
4. *Perceived barriers*: Mengatasi stigma sosial atau rasa malu membeli kondom.
5. *Cues to action*: Distribusi kondom gratis di komunitas atau klinik.
6. *Self-efficacy*: Pelatihan penggunaan kondom yang benar.

9.2.5 Social Cognitive Theory

Social Cognitive Theory (SCT), yang dikembangkan oleh Albert Bandura, menekankan pentingnya interaksi dinamis antara faktor personal, perilaku, dan lingkungan dalam memengaruhi perilaku kesehatan (Bandura, 1986). Teori ini menjelaskan bahwa perilaku seseorang tidak hanya ditentukan oleh faktor internal, seperti keyakinan dan motivasi, tetapi juga oleh pengaruh lingkungan dan pengalaman belajar melalui observasi.



Gambar 9.5. *Social Cognitive Theory*

Berikut adalah komponen utama SCT yang memengaruhi determinan perilaku kesehatan (Schunk and DiBenedetto, 2020):

1. *Personal Factors*

Faktor ini mencakup keyakinan, nilai, dan efikasi diri individu. Efikasi diri adalah komponen inti SCT, yang merujuk pada keyakinan seseorang terhadap kemampuan mereka untuk berhasil melakukan perilaku tertentu.

Semakin tinggi efikasi diri seseorang, semakin besar kemungkinan mereka akan mencoba dan mempertahankan perilaku sehat, meskipun menghadapi hambatan. Sebagai contoh, seseorang yang percaya bahwa mereka dapat berhenti merokok meskipun lingkungan sosial mereka tidak mendukung lebih mungkin berhasil.

2. *Behavioral Factors*

SCT menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya dan hasil yang diharapkan. *Reinforcement* atau penguatan perilaku, baik melalui pengalaman positif (seperti merasa lebih sehat setelah olahraga) maupun pengakuan sosial (seperti pujian dari orang lain), memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan baru. Jika seseorang merasakan manfaat langsung dari perilaku sehat, mereka cenderung melanjutkannya.

3. *Environment Factors*

Faktor lingkungan melibatkan pengaruh dari luar, seperti norma sosial, dukungan keluarga, akses terhadap fasilitas kesehatan, atau paparan terhadap media. Menurut SCT, lingkungan dapat mendukung atau menghambat perilaku sehat. Contohnya, seseorang yang tinggal di lingkungan dengan banyak ruang hijau lebih mungkin untuk berolahraga dibandingkan dengan mereka yang tinggal di area padat penduduk tanpa fasilitas olahraga.

9.3 Strategi Perubahan Perilaku Kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk faktor individual, sosial, lingkungan, dan struktural. Untuk mencapai perubahan perilaku yang efektif, diperlukan strategi yang komprehensif yang mempertimbangkan keempat faktor tersebut. Meningkatkan perilaku sehat serta mengurangi perilaku yang berisiko terhadap kesehatan merupakan tantangan utama yang dihadapi oleh para profesional kesehatan. Berikut adalah beberapa strategi yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk membantu klien dalam mengubah perilaku kesehatannya

(Pender, Murdaugh, dan Parsons, 2019 dalam Pakpahan *et al.*, 2021)).

9.3.1 Faktor Individual

Faktor individual mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan keterampilan seseorang yang memengaruhi perilaku kesehatannya. Strategi yang dapat diterapkan meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran dengan pendidikan kesehatan: Edukasi kesehatan melalui media yang sesuai dengan budaya dan preferensi klien sangat penting untuk meningkatkan pemahaman mereka terhadap risiko dan manfaat perubahan perilaku.
2. Mengevaluasi kembali diri sendiri: Mengacu *pada Social Cognitive Theory*, individu diajak untuk merefleksikan diri dan mempertimbangkan manfaat dari perubahan perilaku. Ini dapat meningkatkan motivasi intrinsik untuk melakukan perubahan.
3. Menetapkan tujuan untuk berubah: Membantu individu merancang tujuan yang spesifik, terukur, dan realistis dapat meningkatkan motivasi dan kepercayaan diri. Misalnya, menetapkan target berjalan kaki selama 10 menit setiap hari selama satu minggu.

9.3.2 Faktor Sosial dan Lingkungan

Faktor lingkungan mencakup kondisi fisik dan sosial yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan. Strategi yang dapat diterapkan meliputi:

1. Meningkatkan dukungan sosial: Mendorong keterlibatan keluarga, teman, atau komunitas untuk memberikan dukungan moral dan praktis dalam proses perubahan.
2. Menggunakan petunjuk (*clue*) yang ada di sekitar: Menyediakan isyarat atau pengingat di lingkungan sekitar untuk mendukung perilaku sehat, seperti menyiapkan makanan sehat di rumah atau menyediakan tempat olahraga yang mudah diakses.

9.3.3 Faktor Struktural

Faktor struktural berkaitan dengan kebijakan, regulasi, dan ketersediaan sumber daya yang mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan perubahan.

1. Meningkatkan manfaat dari perubahan: Memberikan insentif atau penghargaan bagi individu yang berhasil melakukan perubahan. Penguatan positif lebih efektif dibandingkan dengan hukuman dalam mendorong perubahan perilaku.
2. Mengelola hambatan struktural: mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang bersifat struktural, seperti keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan, kurangnya waktu, atau keterbatasan finansial. Tenaga kesehatan dapat memfasilitasi akses terhadap layanan kesehatan yang lebih mudah dan terjangkau

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C. and Sheeran, P. (2016) 'The Health Belief Model', (January).
- Adliyani, Z., Angraini, D. and Soleha, T. (2017) 'Pengaruh pengetahuan, pendidikan dan ekonomi terhadap perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat Desa Pekonmon Kecamatan Ngambur Kabupaten Pesisir Barat', *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 7(1), pp. 6–7. Available at: <https://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/download/1733/1691>.
- Bandura, A. (1986) *What is Social Cognitive Theory?*
- Glanz, K., Barbara, K.R. and Viswanath, K. (2008) *Health Behavior and Health Education*. 4th edn. Edited by C.T. Orleans. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Hardiyanti, V., Efendi, F. and Kusumaningrum, T. (2020) 'Determinan Perilaku Merokok Pada Remaja Pria: Literatur Review', *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 5(1), p. 21. Available at: <https://doi.org/10.20473/ijchn.v5i1.17755>.
- Hayden (2009) *Introduction to Health Behavior Theory*.
- Kafarudin, L.O., Yusran, S. and Larisu, Z. (2022) 'Evaluasi Pelaksanaan Promosi Kesehatan dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Katobu Kabupaten Muna Tahun 2020', *Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat (JKKM)*, 1(3), pp. 142–148.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. (1966) 'Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior.', *Archives of environmental health*, 12(2), pp. 246–266. Available at: <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>.
- Mirnawati *et al.* (2018) 'Perilaku Merokok pada Remaja Umur 13-14 Tahun', *Higeia Journal Of Public Health Research and Development*, 2(3), pp. 396–405. Available at: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/26761>.

- Monteiro, S.M.D.R., Jancey, J. and Howat, P. (2014) 'Physical activity and nutrition intervention for mothers of young children: Process evaluation', *Health*, 06(03), pp. 223–230. Available at: <https://doi.org/10.4236/health.2014.63033>.
- Nurjanah, N., Fitri, S. and Febrian, K. (2018) 'HUBUNGAN STATUS SOSIAL EKONOMI DAN MOTIVASI HIDUP SEHAT DENGAN PERILAKU MEMELIHARA KEBERSIHANLINGKUNGAN (Studi pada Ibu Rumah Tangga RW 05 Kelurahan Setiaratu Kecamatan Cibeureum Kota Tasikmalaya)', *Edunomic Jurnal Pendidikan Ekonomi*, 6(1), p. 36. Available at: <https://doi.org/10.33603/ejpe.v6i1.1010>.
- La ode Asrianto, Teti Susliyanti Hasiu, Marwah Aisyah, R. (2022) 'Pengaruh Intervensi Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Praktek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Siswa di SD Negeri 1 Lawele Kecamatan Lasalimu Kabupaten Buton', *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 14, pp. 85–88. Available at: <https://stikes-nhm.e-journal.id/OBJ/index Article>.
- Pakpahan, M. *et al.* (2021) 'Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan', in R. Watrianthos (ed.). Penerbit Yayasan Kita Menulis.
- Rohmah, A.I.N., Purwaningsih and Bariyah, K. (2012) 'Quality of Life Elderly', *Jurnal Keperawatan*, pp. 120–132.
- Sahler, O.J.Z.. *et al.* (2018) *The behavioral sciences and health care*. Hogrefe.
- Schunk, D.H. and DiBenedetto, M.K. (2020) 'Motivation and social cognitive theory', *Contemporary Educational Psychology*, 60. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>.
- World Health Organization. (2008) *Guidelines for developing behavioural change interventions in the context of Avian Influenza*.

BAB 10

DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN

Oleh Paruhum Tiruon Ritonga

10.1 Pendahuluan

Kinerja sistem pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor (*multifactor*) baik faktor kesehatan maupun di luar bidang kesehatan. Trend isu global mulai memperhatikan faktor non kesehatan karena disinyalir berpengaruh sangat kuat terhadap kinerja sistem pelayanan kesehatan. Faktor non kesehatan atau non medis memainkan peranan penting dalam menentukan hasil kesehatan dan terjadinya ketimpangan layanan kesehatan kepada masyarakat. Faktor non medis tersebut disebut dengan determinan sosial kesehatan.

10.2 Pengertian

Menurut WHO Determinan Sosial Kesehatan (SDOH) adalah faktor non medis yang mempengaruhi kesehatan. Determinan sosial kesehatan merupakan kondisi saat individu dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, beribadah sampai menua. Kondisi ini dibentuk dari serangkaian kekuatan dan sistem ekonomi, distribusi uang, kekuasaan, sumber daya, agenda pembangunan, norma sosial, kebijakan sosial dan sistem politik di tingkat daerah, nasional dan global (CDC, 2024).

Perbedaan pelayanan kesehatan, ketimpangan dan ketidakadilan dalam determinan kesehatan bukan merupakan kejadian alami, namun sebagian besar merupakan manifestasi determinan sosial kesehatan yang tidak baik, pengaturan ekonomi yang tidak adil dari politik yang buruk. Hal ini seharusnya dihindari dalam status kesehatan dalam suatu negara maupun antar negara (Laksono Agung Dwi, 2017).

Pengertian lain bahwa determinan sosial kesehatan adalah faktor-faktor yang menentukan dan membentuk status kesehatan dari individu atau masyarakat. Secara epidemiologi,

konsep determinan terdiri dari faktor resiko dan kausa. Faktor resiko berasal dari dalam (instrinsik) maupun dari luar individu (exposure atau paparan) yang berhubungan dengan bertambahnya kemungkinan terjadinya suatu penyakit. Faktor instrinsik antara lain usia, jenis kelamin, kerentanan, daya tahan tubuh, status imunisasi, tinggi badan, riwayat penyakit, dan sebagainya). Faktor paparan adalah faktor lingkungan di luar individu, misalnya kuman penyakit, cuaca, asupan nutrisi, perumahan, pendidikan, pengetahuan, penghasilan, dan sebagainya. Kausa merupakan kombinasi dari faktor instrinsik dan paparan, dapat berdiri sendiri maupun bersamaan (multifaktor) yang pada suatu saat dapat menyebabkan penyakit pada individu tersebut (Bahrul, 2019).

Secara sederhana determinan sosial kesehatan adalah faktor-faktor sosial, ekonomi, budaya dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia. Faktor tersebut antara lain pendidikan, pekerjaan, penghasilan, ketersediaan pangan dan air bersih, akses terhadap pelayanan kesehatan dan lingkungan yang sehat (Hadi, 2023).

Ada 5 domain utama dalam Determinan sosial kesehatan di Indonesia sering digunakan sebagai kerangka kerja untuk memahami dan mengatasi masalah kesehatan. Domain ini saling terkait dan saling memengaruhi. Dengan memahami dan mengatasi masalah di setiap domain, kita dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dan mencapai pembangunan yang berkelanjutan. Adapun kelima domain tersebut adalah :

1. Stabilitas ekonomi

Stabilitas ekonomi berkaitan dengan pekerjaan dan kemampuan untuk memperoleh penghasilan yang dapat diandalkan dan layak. Mencakup faktor-faktor yang terkait dengan berapa banyak uang yang dihasilkan, seberapa banyak uang yang dapat memenuhi kebutuhan keluarga, termasuk kebutuhan kesehatan. Misalnya jumlah tenaga kerja produktif, angka pengangguran, jumlah tanggungan, berapa rata-rata penghasilan, utang, tagihan medis, dukungan ekonomi, dan sebagainya.

2. Lingkungan sekitar dan lingkungan fisik

Faktor-faktor yang mencakup tempat tinggal atau komunitas spesifik tempat tinggal, termasuk sumber daya yang mendukung kesehatan dan keselamatan yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental.

Lingkungan tempat tinggal dan bekerja berpengaruh terhadap kehidupan termasuk kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Lingkungan yang baik meningkatkan aktivitas dan mendorong hidup lebih sehat, misalnya penataan kota yang nyaman dan aman, perumahan yang memadai, lingkungan yang bersih, penyediaan air bersih, bebas polusi, tersedia ruang hijau dan tempat berolahraga, transportasi yang terjangkau, dan sebagainya.

Lingkungan yang tidak baik dapat berdampak negatif kepada kesehatan, misalnya angka kriminalitas yang tinggi, rasa tidak aman, air bersih terbatas, toko penyedia makanan sehat terbatas, lingkungan tidak bersih, transportasi terbatas tidak dapat menjangkau daerah terpencil, perumahan kumuh dan tidak sehat, dan sebagainya.

3. Akses dan kualitas pendidikan

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pendidikan yang berkualitas, pendidikan tinggi literasi, pendidikan anak usia dini, pendidikan bahasa dan pelatihan kejuruan. Seberapa baik pendidikan tersebut mendukung kebutuhan belajar yang dapat memberikan kesempatan untuk merangsang cara kerja otak anak, meningkatkan keterampilan dan pendapatan, serta meningkatkan pemahaman tentang kesehatan dan gaya hidup sehat.

4. Komunitas dan Konteks Sosial

Merupakan faktor yang terkait dengan interaksi antara individu dengan keluarga, kelompok, rekan kerja dan anggota komunitas yang dapat mempengaruhi kesehatan mental dan perilaku. Misalnya dukungan sosial, keterlibatan komunitas dalam norma dan kepercayaan sosial, konteks sosial, intergrasi sosial, diskriminasi, stres, dan sebagainya.

5. Sistem Perawatan Kesehatan

Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan medis dan pelayanan kesehatan yang anda terima dan seberapa baik pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan kesehatan fisik dan mental, akses terhadap pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan asuransi kesehatan yang memungkinkan orang untuk memperoleh perawatan yang tepat dan mencegah penyakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan (CDC- Gerbang Kesehatan Masyarakat, 2024)

Jelaslah bahwa determinan sosial dapat mempengaruhi aspek kehidupan masyarakat. Namun perlu diingat bahwa setiap masyarakat adalah unik dan banyak faktor yang mempengaruhi bagaimana determinan memberi dampak yang berbeda kepada masyarakat. Perbedaannya adalah sebagai berikut :

1. Perbedaan dalam paparan

Beberapa populasi menghadapi resiko kesehatan yang lebih besar dibanding dengan populasi lain. Bisa karena faktor ekonomi, geografis, politik atau faktor lain. Misalnya mereka yang memiliki penghasilan rendah, lebih mungkin untuk menderita stress lebih tinggi, depresi karena tekanan kebutuhan, keterbatasan fasilitas dan ketidakpastian ekonomi, kondisi hidup yang tidak sehat dibanding dengan mereka yang memiliki penghasilan tinggi.

Masyarakat yang tinggal di daerah pegunungan yang terpencil akan sulit untuk memenuhi kebutuhan ikan, akses ke kota sulit mencari fasilitas pendidikan dan kesehatan dibanding dengan daerah pantaidan dekat ke kota.

2. Perbedaan dalam kerentanan

Faktor ketidakmampuan ekonomi, keadaan stres dan ketidakpastian dan faktor lain pada suatu populasi dapat menyebabkan kerentanan dalam menghadapi masalah kesehatan. Mereka dengan tingkat ekonomi menengah dan rendah lebih tinggi kemungkinan menderita penyakit kronis karena kesulitan menjalani pengobatan yang lama dan rutin

karena ketiadaan biaya dibanding mereka yang memiliki ekonomi tinggi.

3. Perbedaan dalam konsekuensi

Perbedaan dalam kesejahteraan, status sosial, keterkaitan sosial dapat mengakibatkan perbedaan status kesehatan. Pada keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi, keadaan sakit mungkin hanya berdampak kepada pembayaran biaya pengobatan dan perawatan dan tidak masuk bekerja dalam beberapa hari tidak masalah untuk karirnya. Namun bagi keluarga miskin, keadaan sakit bisa berdampak ke perekonomian keluarga yang seharusnya untuk sewa rumah beralih ke biaya pengobatan dan akibat tidak masuk bekerja bisa menjadi ancaman untuk pengurangan gaji atau pemberhentian dari pekerjaan (Laksono, 2017).

10.3 Model Determinan Sosial Kesehatan

Model determinan sosial kesehatan adalah kerangka kerja yang digunakan untuk memahami faktor-faktor non medis yang memengaruhi kesehatan seseorang dengan menekankan bahwa kesehatan bukan hanya ditentukan oleh pilihan individu atau bagusnya perawatan medis yang diberikan, namun juga ditentukan oleh kondisi tempat dimana seseorang dilahirkan, tumbuh, bekerja, hidup dan menua (Bahrul, 2019).

Model determinan kesehatan penting untuk dipedomani karena

1. Memahami ketidaksetaraan kesehatan

Model ini membantu memahami mengapa beberapa kelompok masyarakat memilih kesehatan yang lebih baik atau lebih buruk dibandingkan yang lain.

2. Mengidentifikasi intervensi yang dapat memengaruhi kesehatan, bukan hanya dengan focus pada perawatan medis, tetapi juga dengan mengatasi faktor-faktor sosial yang memengaruhi kesehatan

3. Membangun kebijakan yang inklusif

Model ini mendorong pembangunan kebijakan yang lebih inklusif dan adil, yang mempertimbangkan kebutuhan kesehatan dari semua kelompok masyarakat

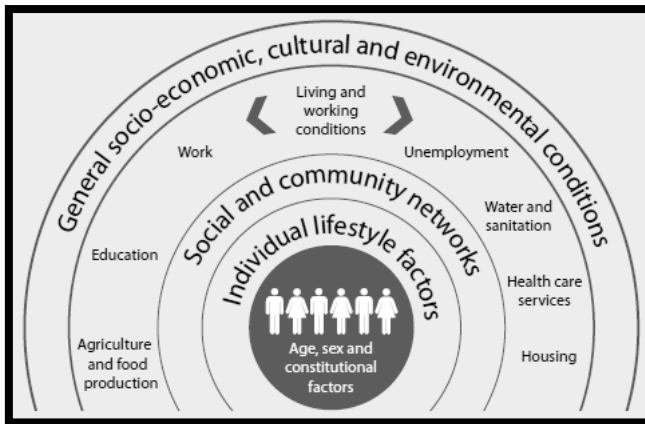
Model determinan sosial kesehatan sering menggunakan pendekatan ekologi sosial yang menghubungkan antara individu, lingkungan dan penyakit. Beberapa model yang sering digunakan meliputi :

1. Model Baron dan White (2009)

Model ini menekankan bahwa kesehatan merupakan hasil interaksi antara faktor-faktor biologis, perilaku, sosial, ekonomi dan lingkungan.

2. Model Dahlgren dan Whitehead (1991)

Dikenal dengan nama “Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan” dan merupakan model yang paling banyak dijadikan acuan oleh para pemerhati determinan sosial kesehatan. Model ini menggambarkan determinan kesehatan sebagai lapisan-lapisan yang saling terkait, mulai dari faktor individu (usia, jenis kelamin, genetika), perilaku, lingkungan fisik, lingkungan sosial, hingga kebijakan publik.



Gambar 10.1. Model Determinan Kesehatan

Sumber : Dahlgren dan Whitehead (1991) dalam Ilmi (2020)

Metode Pelangi memetakan hubungan kesehatan atau penyakit yang diderita individu dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terletak pada berbagai lapisan lingkungan. Faktor-faktor ini dapat diubah dan dimodifikasi, sebagai berikut :

1. Individu terletak di pusat dengan faktor gen, sistem lingkungan mikro pada level sel/molekul.
2. Lapisan pertama (level mikro, hilir/*downstream*) adalah perilaku dan gaya hidup yang positif maupun negatif yang dapat mendukung maupun merugikan kesehatan. Yang mendukung kesehatan misalnya memakan makanan yang bergizi, olah raga, imunisasi, menjaga kebersihan, cek kesehatan berkala, dan sebagainya. Yang tidak baik untuk kesehatan misalnya merokok, makan tidak teratur, minuman berakohol, membuang sampah sembarangan, dan sebagainya. Perilaku dan karakteristik Individu dipengaruhi oleh interaksi dalam keluarga, pertemanan dan norma yang ada dalam komunitas individu tersebut.
3. Lapisan kedua (level meso) adalah pengaruh sosial dan komunitas yang terdiri dari norma di komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan timbal balik bagi anggota masyarakat, baik dalam kondisi yang menguntungkan maupun yang merugikan kesehatan anggota komunitas. Namun mereka juga dapat memberikan dukungan atau tidak memiliki efek negative.
4. Lapisan ketiga (level ekso) meliputi faktor structural : perumahan, kondisi kerja, akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu dan penyediaan fasilitas penting, ketersediaan pangan, penyediaan air bersih, pendidikan yang bermutu, lapangan kerja yang layak dan sebagainya.
5. Lapisan keempat lapisan terluar (level makro, hulu/*upstream*) meliputi kondisi dan kebijakan makro sosial ekonomi, budaya, politik dan lingkungan fisik. Faktor makro terletak di lapisan luar adalah kebijakan public, stabilitas sosial, ekonomi dan politik, hubungan internasional atau kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan atau perdamaian, perubahan iklim

dan cuaca, ekosistem, bencana alam maupun bencana akibat perbuatan manusia (Laksono Agung Dwi, 2017), (Bahrul, 2019).

Determinan sosial kesehatan merupakan faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan kesehatan. Sehingga perlu dikembangkan melalui strategi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Untuk mengetahui strategi apa yang sesuai dengan keadaan di masyarakat, dapat diadakan penelitian sesuai dengan masalah yang ada dihadapi masyarakat, baik kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian kuantitatif menggunakan uji statistik untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor sosial dengan kesehatan, contohnya tingkat penghasilan dapat mempengaruhi perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Contoh penelitian kualitatif misalnya tingkat kepuasan pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kepercayaan terhadap petugas kesehatan (Hadi, 2023). Dari hasil penelitian, para akademisi, petugas kesehatan dan pengambil kebijakan di bidang kesehatan dapat memahami dan mengenali masalah kesehatan yang terjadi sehingga dapat mengendalikan determinan sosial kesehatan di masyarakat (Hadi, 2023).

10.4 Pengaruh Determinan Kesehatan

Menurut Dahlgren dan Whitehead, ada tiga tingkatan pengaruh determinan kesehatan sebagai berikut :

1. Level I : Individu

Pada level ini ada beberapa komponen yang mempengaruhi kesehatan individu, yaitu genetika, biologi, jenis kelamin dan etnisitas.

5. Genetika

Pada penyakit kronis dan kanker, gen berinteraksi dengan perilaku dan lingkungan. Genetika masih memberikan pengaruh terhadap terjadinya penyakit, namun perilaku dan lingkungan memberikan pengaruh yang lebih besar pada penyakit kronis dan merupakan interaksi antara faktor yang menentukan hasil.

6. Biologi

Berbagai faktor biologis dapat menjadi faktor risiko untuk terjadinya penyakit. Misalnya determinan biologi pada kanker payudara meliputi jenis kelamin (wanita), faktor hormon wanita, faktor genetic, usia, paritas, riwayat menyusui.

7. Jenis Kelamin

Berdasarkan fenomena biologis, jenis kelamin didefinisikan sebagai hal kromosom dan manifestasi fisik dari tubuh. Dari aspek sosial, setiap orang memiliki budaya tertentu yang dipahami sebagai apa yang membuat seseorang laki-laki dan perempuan itu berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku sosial dan budaya di mana individu tinggal.

8. Etnisitas

Hubungan kesehatan dengan faktor etnis sangat kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, budaya dan ekonomi termasuk perbedaan dalam akses ke layanan kesehatan, masalah komunikasi dan sikap terhadap kesehatan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelompok etnis minoritas memiliki kesehatan yang buruk dibanding kelompok mayoritas, misalnya dalam hal akses ke layanan kesehatan yang berkualitas, baik karena hambatan komunikasi, kurangnya kesadaran memanfaatkan layanan kesehatan atau diskriminasi dalam layanan kesehatan.

2. Level II : Komunitas

Pada level ini komponen yang memengaruhi adalah lingkungan rumah, lingkungan tempat kerja, sosial yang lebih luas, pengaruh sistem pendidikan atau perawatan kesehatan.

3. Level III : Lingkungan

Level lingkungan memengaruhi aspek yang lebih luas, seperti air bersih, udara dan aspek fisik lainnya yang baik dengan lingkungan yang mendasar untuk kesehatan (Bahrul, 2019).

Menurut Riskesdas tahun 2020, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), menunjukkan determinan sosial kesehatan sebagai faktor non-medis yang sangat berpengaruh pada kesehatan masyarakat. Riskesdas tahun 2020 menekankan bahwa mengatasi SDOH adalah kunci untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini membutuhkan upaya yang komprehensif dari berbagai sector, termasuk pemerintah, lembaga swadaya masyarakat dan individu. Dengan memahami dan mengatasi faktor-faktor determinan ini, kita dapat menciptakan lingkungan yang lebih sehat dan mendorong peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahrul, I. (2019). *Epidemiologi dan Determinan Sosial Konsep dan Aplikasi*. Utama Press.
- CDC- Gerbang Kesehatan Masyarakat. (2024). *Determinan Sosial Kesehatan*. https://www-cdc-gov.translate.goog/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sge#:~:text=yang lebih baik.,Ringkasan,SDOH dalam indikator kesehatan utamanya.
- CDC. (2024). *Determinan Sosial Kesehatan (SDOH)*. https://www-cdc-gov.translate.goog/about/priorities/why-is-addressing-sdoh-important.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sge#:~:text=Apa yang perlu diketahui,ini dari Organisasi Kesehatan Dunia.
- Hadi Nurlaella Ella. (2023). *Social Determinant of Health (SDH) Dalam Kajian Kuantitatif dan Kualitatif*. Prodi S2 Promosi Kesehatan FKM Universitas Diponegoro. <https://mhp.fkm.undip.ac.id/prof-dr-drg-ella-nurlaella-hadi-m-kes-social-determinant-of-health-sdh-dalam-kajian-kuantitatif-dan-kualitatif/>
- Laksono Agung Dwi, R. T. (2017). *Tantangan Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia*. https://www.researchgate.net/profile/Agung_Laksono4/publication/316191427_Tantangan_Determinan_Sosial_Kesehatan_Ibu_dan_Anak_di_Indonesia/links/58f5f88faca27289c21da9c2/Tantangan-Determinan-Sosial-Kesehatan-Ibu-dan-Anak-di-Indonesia.pdf?_cf_chl_tk=1Nhn0Y

BAB 11

SEHAT DAN SAKIT DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sri Aisyah Hidayati

11.1 Definisi Sehat

WHO menyatakan bahwa kesehatan bukan hanya sekedar tidak adanya penyakit, ketidakmampuan, atau kelemahan; kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap. Namun, keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial disebut kesehatan. Kesehatan didefinisikan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 sebagai kondisi sejahtera jasmani, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang mampu hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Kesehatan didefinisikan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 sebagai kondisi sejahtera jasmani, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang mampu hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Orang yang sakit tidak selalu merasa sakit, dan sebaliknya; terkadang mereka mengeluhkan ketidaknyamanan bahkan saat tidak ada penyakit yang diderita. Kesehatan fisik adalah ketika tidak ada ketidaknyamanan dan tubuh beserta organ-organnya berada dalam kondisi yang memungkinkan mereka berfungsi dengan baik. Kesehatan fisik, menurut pandangan lain, adalah keadaan bentuk dan fungsi fisik yang tidak berubah yang memungkinkan perkembangan mental dan sosial sehingga tugas sehari-hari dapat dilakukan sebaik mungkin. Seseorang dapat berkembang secara fisik, intelektual, dan emosional hingga mencapai potensi penuhnya jika kesehatan mentalnya baik. Kesehatan mental juga diartikan sebagai kondisi di mana jiwa dan pikiran kita mampu berpikir secara logis dan dipahami oleh orang lain. Ketika kehidupan seseorang menunjukkan bahwa ia beriman kepada Tuhan dan beribadah sesuai dengan norma sosial, maka ia

dikatakan sehat rohani. Hal ini tercermin dari adanya pengendalian diri, kasih sayang, sikap memaafkan, penghargaan, dan pelajaran moral dalam agamanya. Di sisi lain, kesehatan sosial menggambarkan kemampuan untuk hidup berdampingan dengan orang lain, mematuhi norma sosial, dan diterima oleh masyarakat. Dengan kata lain, kesehatan sosial adalah ketika setiap warga masyarakat memiliki sumber daya yang cukup untuk mendukung dan meningkatkan kehidupan mereka sendiri serta keluarga mereka, sehingga mereka dapat bekerja, bersantai, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi.

Keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh disebut sehat; bukan hanya terbebas dari penyakit, cacat, atau kelemahan. Di sisi lain, kesehatan adalah kondisi sejahtera secara sosial, mental, dan fisik. Kesehatan didefinisikan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 sebagai kondisi sejahtera secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk menjalani kehidupan sosial dan ekonomi yang produktif.

Penyakit didefinisikan sebagai penilaian subjektif seseorang terhadap penyakit yang berkaitan dengan pengalaman pribadinya. Respons biologis terhadap organisme, benda asing, atau cedera (objektif) dikenal sebagai penyakit. Seseorang yang menderita penyakit tidak selalu merasa sakit, dan sebaliknya; orang mungkin mengeluh sakit padahal tidak ada penyakit yang dideritanya.

Tidak akan ada ketidaknyamanan jika tubuh dan organ-organnya sehat dan berfungsi dengan baik. Pandangan lain menyatakan bahwa kesehatan fisik adalah keadaan bentuk dan fungsi fisik yang tidak berubah yang memungkinkan perkembangan sosial dan mental sehingga tugas sehari-hari dapat diselesaikan seefektif mungkin.

Kamus Besar Bahasa Indonesia mengartikan "sehat" sebagai suatu keadaan atau kondisi di mana tidak ada penyakit yang menyerang bagian tubuh mana pun. Seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis apabila berada dalam kondisi sehat, yang didefinisikan oleh Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan masyarakat. Definisi "sehat" menurut Organisasi Kesehatan

Dunia (WHO) sangatlah luas, bahwa "suatu kondisi sempurna dari kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan/cacat". Sehat dalam pengertian ini lebih dari sekadar tidak memiliki penyakit atau cacat apa pun. Sehat tidak selalu berarti seseorang tidak sakit. Ia harus berada dalam kondisi pikiran, tubuh, dan interaksi sosial yang sempurna.

WHO mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi ideal dari sudut pandang biologis, psikologis, dan sosial yang memungkinkan seseorang untuk melakukan aktivitas sebaik mungkin. Definisi WHO tentang sehat mencakup tiga kualitas, khususnya:

1. Merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia
2. Memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal.
3. Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Istilah "kesehatan" mengacu pada kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan fisik dan sosialnya. Ini bukan suatu keadaan atau kondisi.

Kondisi kesehatan mental memungkinkan seseorang untuk mengembangkan potensinya secara maksimal di semua tingkatan fisik, intelektual, dan emosional. Cara lain untuk berpikir tentang kesehatan mental adalah sebagai kondisi di mana jiwa dan kecerdasan kita mampu bernalar secara logis dan berbagi dengan orang lain.

Adanya rasa syukur, sikap memaafkan, penguasaan diri, kasih sayang, dan norma-norma moral dalam agama yang dianut seseorang merupakan ciri-ciri kesehatan rohani, yang ditunjukkan dengan kehidupan seseorang yang mengakui adanya Tuhan dan beribadah sesuai dengan norma-norma sosial. Di sisi lain, kesehatan sosial terwujud ketika seorang individu dapat hidup berdampingan dengan orang lain, mematuhi norma sosial, dan diterima oleh masyarakat. Penafsiran alternatifnya ialah bahwa tiap anggota masyarakat memiliki keterampilan yang diperlukan untuk menopang dan meningkatkan kehidupannya sendiri dan kehidupan anggota

keluarganya, yang memungkinkannya bekerja, bersantai, dan terlibat dalam kegiatan santai kapan pun ia mau.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kesehatan Definisi berikut berlaku untuk kata sifat "kesehatan": baik seluruh tubuh maupun komponen-komponennya yang bebas penyakit. Jagalah diri Anda agar tetap sehat dan berikan tubuh Anda manfaat-manfaat yang diberikannya. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa kesehatan merupakan gabungan dari faktor-faktor psikologis dan fisik yang dapat berubah seiring waktu.

11.2 Definisi Sakit

Meskipun penyakit dan penyakit memiliki arti yang berbeda, keduanya terkadang digunakan secara bergantian dalam percakapan sehari-hari. Gangguan pada fungsi tubuh yang menyebabkan berkurangnya kapasitas disebut sebagai penyakit dalam dunia kedokteran. Ketika homeostasis tubuh terganggu, penyakit pun muncul. Seseorang menjadi sakit ketika kesehatannya tidak lagi normal.

Penderita asma, misalnya, tidak sakit jika tubuh mereka dapat menyesuaikan diri dengan kondisi tersebut. Komponen utama dari gagasan penyakit adalah pengukuran bahwa penyakit merupakan perpanjangan dari proses kehidupan normal individu, bukan kemunculan jenis kehidupan yang sama sekali baru. Seseorang dapat berpendapat bahwa penyakit merupakan hasil dari beberapa sistem fisiologis yang telah berubah.

Pengertian Penyakit Secara umum

Penyakit dicirikan sebagai kondisi kesehatan yang buruk yang, menurut definisinya, menyebabkan kelainan yang mengganggu kemampuan seseorang untuk beroperasi secara fisik, psikologis, atau sosial.

1. Pendekatan biologis, pendekatan ini menyatakan bahwa sakit berkaitan dengan tubuh.
2. Pendekatan medis, yaitu ditetapkan bahwa yang dimaksud dengan sakit adalah hilangnya kemampuan seseorang untuk

mengembangkan dan memanfaatkan dirinya secara fisik, mental, dan sosial, sehingga menimbulkan kasus disfungsi.

11.3 Ciri-ciri sehat dan sakit

Dengan melihat ciri-ciri seseorang, kita secara umum dapat menentukan apakah mereka sehat atau tidak.

Ciri-ciri sehat, yaitu:

1. Kuat dan tidak lemah
2. Wajah berseri tanpa rasa sakit
3. Interaksi dua arah
4. Mampu bernalar dan dipahami
5. Kelima, produktif
6. Menyelesaikan tugas sehari-hari sendiri.

Ciri-ciri sakit, yaitu:

1. Merasakan kelemahan, ketidaknyamanan, dan pusing
2. Kurang bersemangat dalam melakukan tugas
3. Mengalami kecemasan dan kegelisahan yang ekstrem

Definisi nyeri menurut Perkins. menyatakan bahwa sakit merupakan keadaan dimana individu merasa tidak menyenangkan yang dapat mengganggu aktivitas sehari-harinya, baik aktivitas jasmani, rohani, dan sosial.

11.4 Konsep Sehat Sakit Masyarakat

Sehat Sakit dalam masyarakat memiliki pemahaman yang beragam, dimana persepsi sehat sakit muncul berdasarkan nilai-nilai lokal yang dipengaruhi oleh budaya setempat. Kondisi tersebut yang kemudian menjadikan istilah mengandung banyak muatan kultural, sosial, selain definisi profesional yang beragam. Sudut pandang kedokteran, mendefinisikan sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit, dimana seiring dengan perkembangan zaman, definisi ini ditinjau dan memperhitungkan beragam aspek lain yang terhubung dengan individu ataupun masyarakat.

Sementara pada sisi selanjutnya, perlu juga diakui bahwa budaya menjadi salah satu penyebab munculnya sakit,

contohnya gaya hidup makanan cepat saji yang merupakan budaya dikota-kota besar, menjadi penyebab munculnya penyakit diabetes di kota-kota dengan tingkat kesibukan yang tinggi. Dengan demikian upaya penanggulangannya tergantung kepada kepercayaan dan sekuat apa pengaruh budaya atas diri mereka.

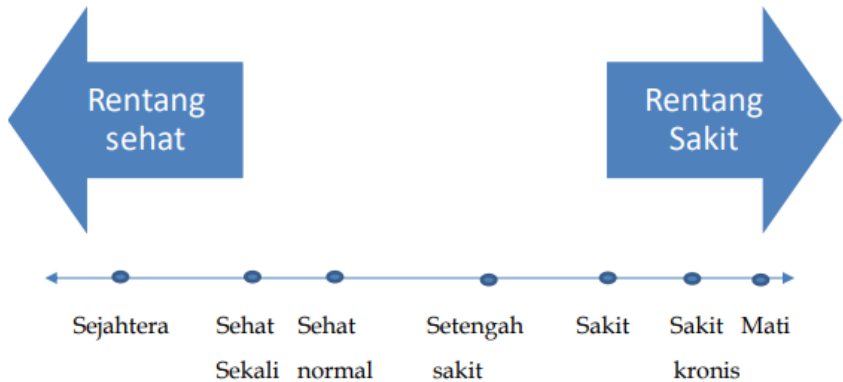
11.5 Kesehatan Prima

The healthy paradigm is the way we think about and concentrate on the idea of health, with all efforts initially centered on things that are downstream (beginning) especially health. Karena awalnya sehat, fokus utamanya adalah pada bagaimana orang yang sehat dapat mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya. Gagasan mendasar kesehatan meliputi akuntabilitas pribadi, pencapaian tujuan, dinamika, pengembangan proses, keputusan diet harian, pengurangan stres, aktivitas fisik, pencegahan, kesejahteraan emosional, dan aspek lain dari kesehatan luar biasa individu.



Gambar 11.1. Pentahelix Kesehatan Prima

Penting untuk memahami sepenuhnya gagasan tentang kerentanan terhadap kesehatan dan penyakit agar dapat menerapkannya kepada individu lain yang memerlukan bantuan perawatan dan untuk menggambarkan gambaran yang jelas tentang kesehatan dan penyakit.



Gambar 11.2. Rentan Sehat dan Sakit

Neuman (1990) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan kesejahteraan individu pada saat tertentu, mulai dari energi maksimal sampai kondisi kematian, yang menandakan tidak ada lagi energi. Kondisi fisik, emosional, sosial, dan spiritual yang baik merupakan dasar dari rentang sehat. Gangguan pada fungsi tubuh normal, baik secara keseluruhan maupun sebagian, dikenal sebagai rentang sakit.

Setiap orang akan memiliki rentang kesehatan dan penyakit yang unik dan terus berubah. Seseorang mungkin menganggap dirinya sehat, tetapi bagi orang lain, kesehatannya berisiko menjadi setengah sakit. Meskipun merasa sehat saat ini, seseorang mungkin jatuh sakit sepuluh tahun kemudian, yang menunjukkan sifat dinamis dari kerentanan kesehatan dan penyakit.

Sensitivitas, egosentrisme, menarik diri, emosi yang kuat, minat yang menurun, kekhawatiran yang berlebihan, dan aktivitas yang terganggu merupakan beberapa perubahan perilaku yang menyertai penyakit. Tidak hanya orang yang sakit

yang akan mengubah perilakunya, tetapi orang-orang di sekitarnya juga akan terpengaruh oleh kondisinya.

11.6 Distribusi Penyakit

Banyak masalah kesehatan yang umum terjadi di antara populasi yang dikategorikan berdasarkan kriteria tertentu, termasuk:

1. Orang (*person*)
2. Tempat (*place*)
3. Waktu (*time*)

Orang

Masalah kesehatan atau penyakit dapat disebabkan oleh sifat pribadi yang meningkatkan kemungkinan berkembangnya penyakit. Berbeda dengan kanker rahim yang hanya terjadi pada wanita, sifilis lebih banyak menyerang pria, osteoporosis lebih banyak menyerang orang lanjut usia, dan diare lebih banyak menyerang kaum muda. Orang kulit putih lebih mungkin menderita penyakit kulit daripada orang kulit hitam, sindrom terowongan karpal lebih umum terjadi pada pekerja industri, nyeri punggung lebih umum terjadi pada pekerja kantoran, dan seterusnya.

Dengan demikian, cara penyebaran penyakit ini dikategorikan menjadi:

1. Penyakit tertentu hanya muncul pada usia tertentu, seperti kanker prostat pada pria lanjut usia dan stenosis pilorus hipertrofik pada bayi baru lahir.
2. Perbedaan laki-laki dan perempuan dalam hal anatomi dan fisiologi, pilihan gaya hidup, dan peran pekerjaan.
3. Risiko di tempat kerja, kondisi keuangan, dan seleksi alam dalam pekerjaan.
4. Karena variasi gaya hidup, kebiasaan, dan faktor-faktor lainnya, frekuensi penyakit bergantung pada apakah seseorang menikah atau tidak.
5. Ras Penyakit ini paling umum pada beberapa ras karena status sosial ekonomi, gaya hidup, lingkungan, dll.
6. Agama

Tempat

Masalah kesehatan regional, keadaan geografis, dinamika populasi, dan situasi perawatan kesehatan. Demam berdarah di daerah tropis, malaria endemik di Papua, hambatan geografis terhadap akses layanan, penduduk yang berpendidikan tinggi, dan ketersediaan infrastruktur dan fasilitas adalah beberapa contohnya.

Masalah penyakit berdasarkan lokasi, misalnya, adalah:

1. Beberapa bidang pemerintahan, termasuk daerah perkotaan, pedesaan, pertanian, dan industri.
2. wilayah geografis, termasuk lembah, gunung, dan garis pantai.

Bila suatu penyakit bersifat khusus pada suatu lokasi, artinya ada hubungan antara lokasi tersebut dan kejadian penyakit tersebut. Berikut ini adalah ciri-cirinya:

1. Angka kejadian penyakit terlihat tinggi di semua kelompok etnis.
2. Di antara anggota kelompok etnis yang sama yang tinggal di lokasi yang berbeda, angka kejadian penyakit tidak terlalu tinggi.
3. Ketika orang sehat pindah ke suatu wilayah, mereka akan jatuh sakit sama seringnya seperti penduduk setempat.
4. Tidak ada frekuensi tinggi di antara penduduk yang telah meninggalkan daerah tersebut.
5. Manifestasi serupa terlihat pada spesies lain yang hidup di daerah yang sama dengan manusia.

Waktu

berkontribusi pada pemahaman tentang laju perkembangan suatu penyakit dan durasinya. Penyakit tersebut diklasifikasikan menjadi tiga periode waktu: jangka pendek, siklus/periodik, dan jangka panjang. Misalnya, penyakit tersebut memerlukan waktu inkubasi 8–12 hari.

Penyakit yang terkait dengan kejadian alam (gelombang panas, tekanan lingkungan, polusi udara) dan epidemi, di mana prevalensi suatu penyakit meningkat dengan cepat, adalah contoh periode penyakit jangka pendek. Contoh periode

periodik meliputi periode tahunan dan musiman, di mana suatu penyakit terjadi secara konsisten dan meningkat serta menurun pada waktu tertentu.

11.7 Kesimpulan

Istilah "kesehatan" dan "penyakit" yang sering digunakan dalam bahasa kita saling terkait erat. Semua budaya telah menggunakan istilah "kesehatan" dan "penyakit" sepanjang sejarah manusia. Meskipun kita dapat merasakan dan melihat kesehatan dan penyakit dalam kehidupan sehari-hari, kondisi ini seringkali sulit untuk kita pahami. Hal ini kemudian akan memengaruhi cara seseorang memahami dan menghayati, misalnya, konsep kesehatan. Orang yang sehat adalah mereka yang tidak memiliki masalah fisik apa pun. Meskipun kondisi mereka termasuk dalam kategori gizi berlebih, sebagian orang juga percaya bahwa anak-anak yang kelebihan berat badan itu sehat. Oleh karena itu, pemahaman dan persepsi terhadap gagasan kesehatan yang berlaku di masyarakat juga dipengaruhi oleh unsur subjektif dan kultural.

DAFTAR PUSTAKA

- Rosmalia, Dewi dan Yustiana Sriani (2017) Sosiologi Kesehatan, Jakarta
- Irwan. (2017) Etika Dan Perilaku Kesehatan, Yogyakarta
- Irene Kusuma Palmarani (2010) Representasi Sosial Tentang Konsep Sehat Dan Sakit Pada Orang Jawa Yang Tiggal Di Yogyakarta.Yogyakarta
- Harjati , Ridwan M. Thaha, Sudirman Natsir (2012) Konsep Sehat Sakit Terhadap Ibu Dan Anak Pada Masyarakat Suku Bajo, Kabupaten Bone, Sulawesi Selatan
- Didik Budijanto & Betty Roosihermiatie (2006) Persepsi Sehat-Sakit Dan Pola Pencarian Pengobatan Masyarakat Daerah Pelabuhan. Surabaya
- Notoatmodjo Soekidjo, (2011). Kesehatan Masyarakat. Penerbit Rineka Cipta. : Jakarta

BAB 12

TINGKAT-TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT

Oleh Agus Kharmayana Rubaya

12.1 Pendahuluan

Dalam mendiskusikan tentang tingkatan pencegahan penyakit, maka tidak dapat dipisahkan dari dua nama dalam bidang kesehatan masyarakat, yaitu Henry R. Leavell dan Elmer G. Clark. Kedua tokoh ini, pada publikasi mereka pada tahun 1958 mengenalkan model tiga tingkat pencegahan pada *preventive medicine*, yang secara mendasar memberi kontribusi penting bagi pendidikan dan praktik kesehatan masyarakat (Beatriz Elina Martinez-Carrillo, 2021). Ketiga tingkat pencegahan yang digagas tersebut adalah pencegahan primer (*primary prevention*), pencegahan sekunder (*secondary prevention*), dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*).

Awalnya, model pencegahan yang dikenalkan pertama kali oleh keduanya beberapa tahun sebelumnya terdiri dari lima tahap, yaitu: *health promotion* (promosi kesehatan), *specific protection* (perlindungan khusus), *early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini serta pengobatan tepat dan segera), *disability limitation* (pembatasan kecacatan), dan *rehabilitation* (rehabilitasi). Namun pada pemikiran kedua tokoh tersebut selanjutnya, lima tahap tersebut diformulasi dan diintegrasikan menjadi bagian-bagian dari tiga tingkatan pencegahan sebagaimana yang dikenal sekarang.

Kedua model pendekatan tingkat pencegahan oleh Leavell dan Clark tersebut mengacu pada *natural history of diseases* atau riwayat alamiah penyakit. Oleh karena itu, sebelum masuk ke dalam penjelasan yang lebih rinci tentang tingkat pencegahan dalam kesehatan masyarakat, maka penjelasan tentang riwayat alamiah penyakit perlu diberikan terlebih dahulu sebagai pintu

masuk untuk memberikan pengertian dan pemahaman yang lebih mendasar.

Selanjutnya, berdasarkan perkembangan yang terjadi, pakar-pakar kesehatan masyarakat berikutnya mengenalkan konsep *primordial prevention* atau pencegahan primordial, dan *quaternary prevention* yang mungkin dapat diterjemahkan menjadi pencegahan tingkat keempat. Pencegahan primordial, berdasarkan namanya yang menyiratkan urutan, dalam implementasinya adalah dilakukan sebelum pencegahan primer, sementara *quaternary prevention* adalah pencegahan yang dilakukan setelah pencegahan tersier.

Namun demikian dalam *book chapter* ini, penjelasan keduanya sengaja diberikan setelah penjelasan mengenai tiga tingkatan pencegahan, dengan maksud agar pemahaman tentang urutan pencegahan tingkat pertama, kedua dan ketiga bisa difahami lebih dulu dengan baik. Oleh karena itu, dalam *chapter* ini urutan penyajian tentang tingkatan pencegahan penyakit adalah diawali dari riwayat alamiah penyakit, yang dilanjutkan dengan pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier, serta diakhiri dengan penjelasan tentang pencegahan primordial dan pencegahan *quaternary*.

12.2 Riwayat Alamiah Penyakit

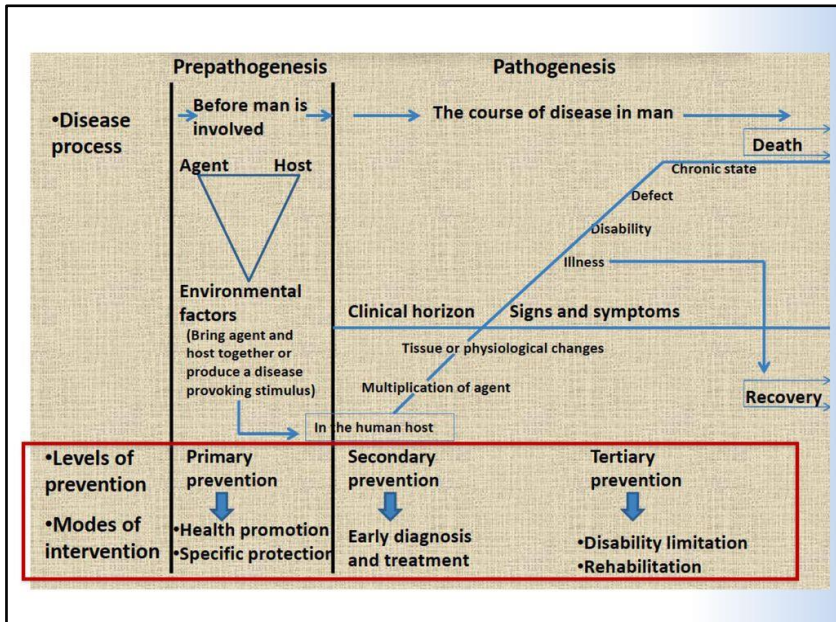
Pengertian riwayat alamiah penyakit mengacu pada perjalanan dan perkembangan penyakit pada tubuh individual manusia dari mulainya tahap patologis sampai dengan akhir penyakitnya, baik sembuh atau kematian (Porta, 2014). Pemahaman yang baik tentang riwayat alamiah penyakit membantu para praktisi kesehatan masyarakat untuk memahami bagaimana awal mula suatu penyakit di dalam tubuh manusia, serta bagaimana perkembangannya kemudian dan apa akibatnya terhadap individu dan masyarakat.

Pada Gambar 12.1 dapat dilihat bahwa fase perjalanan penyakit dapat dibagi menjadi dua yaitu tahap pre-patogenesis dan tahap patogenesis. Tahap pre-patogenesis adalah tahap di mana *agent* atau penyebab/bibit penyakit belum memasuki dan berkembang di dalam tubuh manusia, namun bisa jadi manusia

sudah berada dalam keadaan yang rentan atau *susceptible* atau dengan kata lain *agent* penyakit sudah berada di “sekitar” tubuh. Hal tersebut dimungkinkan karena adanya faktor lingkungan yang buruk, faktor dari manusia sendiri seperti gaya hidup yang tidak sehat atau ada unsur genetik, atau faktor *agent* seperti peningkatan populasi nyamuk vektor, atau adanya interaksi di antara ketiga faktor tersebut. Adapun tahap patogenesis adalah dimulai dari mulai masuknya bibit penyakit sampai dengan seterusnya penyakit tersebut berkembang di dalam tubuh manusia.

Bagian awal dari tahap patogenesis di mana bibit penyakit masuk ke dalam tubuh manusia sampai dengan timbulnya gejala (*symptom*) dan tanda (*sign*) disebut sebagai masa inkubasi. Pada tahap ini *agent* penyakit sudah bermultiplikasi di dalam tubuh manusia dan sudah mengakibatkan perubahan secara fisiologis atau perubahan pada jaringan tubuh, namun belum terwujud secara klinis. Baru setelah penyakit termanifestasi dengan munculnya gejala dan/ atau tanda yang sesuai, maka penyakit sudah disebut sebagai berada pada fase klinis. Pada Gambar 12.1 perbedaan fase ini dilambangkan dengan garis mendatar yang dinamai horizon klinis.

Selanjutnya, setelah penyakit berkembang di dalam tubuh maka akhir dari penyakit tersebut atau akhir dari fase patogenesis dapat terdiri dari beberapa keadaan, yaitu: sembuh atau *recovery* yang merupakan keadaan ideal yang diinginkan, atau bisa juga berakhir dengan kecacatan, keadaan kronis atau bahkan kematian. Bagan riwayat alamiah penyakit ini akan lebih mudah difahami jika yang menjadi contoh adalah penyakit-penyakit menular yang etiologi penyakitnya secara umum lebih jelas jika dibandingkan dengan penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif yang proses terjadinya lebih kompleks. Namun demikian, riwayat alamiah penyakit tetap dapat menjadi acuan terutama jika dikaitkan dengan tahapan pencegahan penyakit.



Gambar 12.1. Riwayat Alamiah Penyakit
(Sumber:

https://slideplayer.com/17020086/98/images/slide_39.jpg)

12.3 Pencegahan Primer, Pencegahan Sekunder, dan Pencegahan Tersier

Yang dimaksud dengan pencegahan adalah tindakan atau intervensi yang bertujuan menghindari terjadinya sesuatu yang buruk atau yang tidak diinginkan. Oleh karena itu tujuan dari pencegahan dalam kesehatan masyarakat pada hakikatnya adalah mencegah munculnya *outcome* yang tidak diinginkan dari tiap tahap penyakit di dalam riwayat alamiah penyakit dimana aktifitas pencegahan itu diaplikasikan.

12.3.1 Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan pada tahap *susceptibility* atau tahap rentan, yaitu keadaan yang diakibatkan oleh faktor manusia sendiri sebagai *host*, oleh faktor *agent* (penyebab) penyakit, oleh faktor lingkungan, atau oleh gabungan dan interaksi dari dua di antara faktor-faktor tersebut atau bahkan oleh interaksi dari ketiganya. Fokus dari pencegahan tingkat

pertama ini adalah mengurangi faktor risiko atau meningkatkan ketahanan atau resistensi tubuh terhadap munculnya penyakit. Jika dikaitkan dengan tujuannya maka pencegahan primer diterapkan untuk menghindari masuknya *agent* penyakit ke dalam tubuh manusia, dimana selanjutnya akan berkembang menjadi penyakit klinis.

Ada dua *modes of intervention* yang dikenal pada tingkatan pencegahan ini. Yang pertama adalah promosi kesehatan atau *health promotion*, dan yang kedua adalah tindakan *specific protection* atau perlindungan khusus (Riegelman & Kirkwood, 2015). Yang membedakan dari kedua intervensi ini adalah promosi kesehatan lebih bertujuan mencegah penyakit atau gangguan kesehatan yang lebih umum, sementara *specific protection*, sesuai namanya, memberikan perlindungan atau mencegah penyakit tertentu.

Contoh-contoh tindakan atau intervensi yang dilakukan dalam promosi kesehatan oleh individu adalah kebiasaan mengkonsumsi makan yang sehat dan dalam jumlah yang cukup sesuai kebutuhan, berolahraga secara teratur, beristirahat yang cukup, melakukan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat). Sementara itu, intervensi yang biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam intervensi promosi kesehatan adalah melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling tentang hal-hal seperti tersebut di atas, atau bentuk-bentuk intervensi lain yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap dan terutama perilaku untuk meningkatkan kesehatan. Seperti yang sudah dijelaskan, gangguan kesehatan dan penyakit yang dapat dicegah melalui aktifitas-aktifitas seperti yang sudah disebutkan di atas sangat luas dan tidak merujuk pada penyakit-penyakit tertentu.

Sementara itu, contoh intervensi yang dilakukan dalam *specific protection*, antara lain: pemberian vaksinasi untuk mencegah penyakit tertentu, baik yang ditujukan untuk kelompok umur tertentu seperti pemberian imunisasi wajib pada bayi dan balita, atau vaksinasi untuk keperluan khusus seperti untuk mencegah Meningitis yang diberikan bagi mereka yang akan melakukan perjalanan haji/umrah, atau vaksin lain jika ingin bepergian ke Afrika misalnya.

Dalam kaitan dengan pencegahan terhadap *agent* yang berasal dari lingkungan maka bentuk-bentuk intervensi berikut ini dapat dilakukan. Sebagai contoh misalnya penyediaan *septic tank* di pemukiman untuk mencegah terkontaminasinya air dan tanah di sekitar dari mikro-organisme yang ada di tinja yang tidak terkelola dengan baik yang dapat menyebabkan *water-borne disease* dan *food-borne diseases*. Contoh yang lain adalah penggunaan masker dalam lingkungan kerja dengan kadar polutan tinggi, atau penggunaan *ear-muff* atau *ear-plug* bagi pekerja dengan kebisingan lingkungan yang tinggi untuk mencegah munculnya penyakit-penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja.

12.3.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan pada tahap pre-simptomatis atau sub-klinis, yaitu pada orang-orang yang di dalam tubuhnya mungkin sudah terjadi awal penyakit dikarenakan *agent* penyakit sudah masuk/ sudah ada di dalam tubuh, tetapi perubahan yang diakibatkannya belum cukup untuk terwujud dalam bentuk gejala klinis yang khas.

Fokus dari pencegahan tingkat kedua ini adalah mendeteksi penyakit sedini mungkin sehingga kemudian dapat melakukan intervensi yang tepat dan segera untuk menghambat perjalanan penyakit selanjutnya. Jika dikaitkan dengan tujuannya maka pencegahan sekunder dilakukan untuk menghindari munculnya penyakit. Ada dua intervensi yang biasa dilakukan yaitu *early diagnosis* dan *prompt treatment* dan keduanya biasanya saling beriringan karena seperti sudah dijelaskan sebelumnya bahwa tujuan dari *early diagnosis* atau diagnosis dini adalah seawal mungkin mendeteksi kemungkinan terjadinya penyakit dan selanjutnya diikuti dengan *treatment* yang segera dan adekuat (Aschengrau & Seage, 2018). Hal itu dilakukan untuk menghambat perjalanan penyakit dan memperbaiki *outcome* penyakit menjadi lebih ringan.

Intervensi yang dilakukan dalam pencegahan tingkatan kedua ini umumnya terkait dengan kegiatan *screening*, seperti pemeriksaan Pap *Smears* dan *mammogram* untuk mendeteksi kemungkinan munculnya kanker serviks dan payudara pada

wanita secara spesifik, atau yang lebih umum adalah pemeriksaan *general check-up* yang dilakukan secara rutin dengan melakukan pengambilan sampel dan pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar kolesterol, gula darah dll, serta juga pemeriksaan tekanan darah dan pengukuran BMI (*body mass index*) atau IMT (*index massa tubuh*) atau pengukuran-pengukuran antropometri lainnya.

12.3.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dilakukan pada tahap penyakit klinis, yaitu ketika penyakit sudah menunjukkan gejala dan tanda yang khas. Target sasarannya adalah orang-orang yang sudah terdiagnosis, dan fokusnya adalah mengurangi komplikasi dan memperbaiki *outcome* penyakit. Oleh karena itu tujuan dari pencegahan tersier adalah menghindari akhir yang tidak diinginkan dari suatu penyakit dan menghindari kualitas hidup yang buruk sebagai akibat dari penyakit tersebut (Andresen, 2024). Tindakan-tindakan pencegahan yang dapat dilakukan meliputi pengobatan medis, tindakan-tindakan rehabilitatif dan *palliative-care*. Pada dasarnya ada dua bentuk pencegahan yang dilakukan yaitu rehabilitasi dan *limitation disability* atau membatasi kecacatan.

Beberapa contoh intervensi yang dilakukan pada tingkatan pencegahan ketiga ini adalah: pemberian insulin bagi penderita diabetes untuk menjaga tingkat gula darahnya selalu terkontrol, terapi fisik bagi penderita pasca *stroke* yang mengalami kelumpuhan pada organ geraknya sehingga, paling tidak, dapat melakukan aktifitasnya sehari-hari tanpa terlalu tergantung pada orang lain, atau *cardiac rehabilitation* yang diberikan setelah seseorang terkena serangan jantung.

Berdasarkan contoh-contoh di atas memang terlihat bahwa pencegahan tersier ini lebih banyak diterapkan pada penyakit tidak menular. Namun demikian sesungguhnya untuk memperbaiki akhir dari penyakit-penyakit menular, terutama yang menyebabkan kecacatan permanen, pencegahan tersier ini juga sangat bisa diterapkan. Sebagai contoh untuk penderita lepra atau filariasis kaki gajah yang memiliki keterbatasan aktifitas karena rusaknya organ gerak seperti tangan dan kaki,

maka rehabilitasi seperti pembuatan prostetik akan membantu kualitas hidup mereka menjadi lebih baik.

12.4 Primordial Prevention dan Quaternary Prevention

12.4.1 Primordial Prevention

Kata primordial secara umum bermakna asal, awal atau permulaan dari sesuatu. Jika dikaitkan dengan tingkatan pencegahan dalam kesehatan masyarakat maka pengertian pencegahan primordial adalah usaha yang dilakukan untuk menghindari munculnya faktor risiko dari suatu penyakit sehingga intervensi ini dilakukannya ketika manusia atau masyarakat belum berada pada tahap *susceptible* atau rentan, dan sasarannya adalah populasi penduduk secara keseluruhan.

Target dari pencegahan primordial adalah mengubah akar penyebab masalah kesehatan dan menekankan pada pencegahan jangka panjang dan meningkatkan derajat kesehatan pada populasi. Fokus pencegahan primordial lebih ditujukan pada pencegahan terbentuknya gaya hidup yang tidak sehat, penciptaan kondisi sosial yang mendukung serta pencegahan paparan dari lingkungan yang mengarah pada terjadinya atau penyebaran penyakit (Primordial Prevention in Preventive Medicine, 2025).

Pencegahan primordial pada umumnya memiliki skala intervensi yang jauh lebih luas dibanding tingkat pencegahan yang lain. Contoh-contoh bentuk pencegahan pada tingkatan ini adalah: pembuatan kebijakan, pembuatan kurikulum dan aktifitas yang terkait dengan pendidikan, serta perbaikan infrastruktur. Oleh karena itu, pencegahan primordial ini melibatkan pemangku kepentingan yang lebih tinggi dan mencakup lintas sektor, dalam arti tidak hanya melibatkan tenaga kesehatan atau otoritas kesehatan dalam lingkup yang kecil saja.

Contoh pencegahan primordial dalam pembuatan kebijakan adalah membuat peraturan perundangan yang terkait dengan penurunan kadar polusi di lingkungan, misalnya dengan pembatasan kendaraan bermotor yang berlalu lalang di jalan

raya utama untuk mengurangi polutan udara dari asap kendaraan bermotor; atau kewajiban industri untuk memastikan limbah cair yang dibuang ke badan air sudah memenuhi NAB (nilai ambang batas) yang dipersyaratkan. Contoh yang lain dari pencegahan ini adalah penetapan KTR (kawasan tanpa rokok) di instansi pelayanan umum milik pemerintah dan institusi pendidikan, serta penetapan wilayah dan sarana umum yang ramah bagi anak, lansia dan kaum difabel.

Adapun pencegahan primordial pada ranah edukasi salah satu bentuknya adalah dengan membuat kurikulum pada pendidikan formal atau aktifitas pendidikan informal/luar sekolah. Pencegahan primordial pada ranah pendidikan ini umumnya menysasar pada terbentuknya perilaku yang sehat pada anak-anak atau usia dini yang diharapkan dapat bertahan lama hingga mereka dewasa nanti. Contoh penerapan dari pencegahan ini pada anak-anak adalah kegiatan pendidikan yang mengenalkan perilaku dan pola makan yang sehat untuk mencegah munculnya gangguan metabolisme tubuh dan penyakit-penyakit degeneratif pada usia dewasa.

Pencegahan primordial pada bidang lain adalah terkait dengan peningkatan infrastruktur. Contoh-contohnya adalah memastikan akses terhadap air bersih bagi masyarakat dengan pembuatan sumur-sumur yang memenuhi syarat kesehatan, dan pembuatan jaringan perpipaan air minum yang menjangkau populasi yang lebih luas; perbaikan lingkungan permukiman menjadi lebih sehat dan aman dengan program-program yang menysasar pada lingkungan kumuh; serta pembuatan infrastruktur jalan raya berikut marka-markanya untuk menjamin keselamatan berlalu lintas dan mencegah terjadinya kecelakaan lalu lintas.

12.4.2 Quaternary Prevention

Kata *quaternary* dalam Bahasa Inggris berarti hal-hal yang berkaitan dengan angka empat, sehingga jika dikaitkan dengan tingkat pencegahan tersier maka pencegahan *quaternary* ini terlihat sebagai “kelanjutannya”. Namun demikian, pengertian dari tingkatan pencegahan ini adalah terkait dengan langkah yang diambil untuk memitigasi atau menghindari

munculnya akibat dari intervensi medis atau pengobatan berlebihan yang tidak diperlukan.

Konsep tingkat pencegahan ini pertama kali dikenalkan oleh Marc Jamouille, yang tujuannya mengidentifikasi apakah seorang pasien memiliki risiko bagi terjadinya *over-medicalisation*, melindungi pasien dari perlakuan medis invasif yang baru dan menyarankan intervensi yang dapat diterima secara etis (Jamouille, 2015). Jika dilihat dari bagan riwayat alamiah penyakit, konsep tingkat pencegahan ini memang berada pada tahap perjalanan penyakit menuju akhir penyakit, yaitu terkait dengan tujuan *treatment* medis yang sesungguhnya yaitu ingin memperbaiki *outcome* dari akhir penyakit.

Jamouille membedakan pencegahan *quaternary* tersebut dari tingkatan pencegahan yang lain, yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier, adalah dari sudut pandang keberadaan *illness*, yaitu pengalaman subyektif pasien tentang kondisi kesehatannya yang buruk; dan *disease*, yaitu penetapan terjadinya penyakit oleh dokter berdasarkan kriteria diagnostik. Pencegahan primer adalah pencegahan yang dilakukan jika, baik *illness* maupun *disease*, keduanya tidak ada; sementara pencegahan sekunder adalah jika *illness* tidak ada namun *disease* ada; lalu pencegahan tersier adalah ketika *illness* dan *disease* keduanya ada; dan pencegahan *quaternary* adalah jika pasien mengalami/ merasakan *illness* tapi tidak ada *disease* yang teridentifikasi (Bentzen, 2003).

Beberapa aspek penting dari pencegahan *quaternary* adalah: hindari diagnosis dan pengobatan yang berlebihan (*over-diagnosis* dan *over-treatment*) untuk mencegah pemeriksaan dan prosedur medis serta pemberian obat yang tidak perlu; terapkan tindakan medis yang memenuhi standar etis, yaitu sejalan dengan kebutuhan pasien, dan bukan melalui pemberian pengobatan yang berlebihan; terapkan pendekatan *patient-centered care* untuk mendorong pengambilan keputusan bersama; serta minimalkan *iatrogenic harm*, yaitu meminimalkan efek samping dari pengobatan yang diberikan (Jamouille, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Andresen, K. (2024). *Optimizing Population Health: Strategies for Advanced Level Nurses*. Pensacola: University of West Florida Pressbooks.
- Aschengrau, A., & Seage, G. R. (2018). *Essentials of Epidemiology in Public Health* (4th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Beatriz Elina Martinez-Carrillo, A. G.-C.-A. (2021). Natural and Social Histroy of the Health-Disease Process as an Epistemological Model for Medical Education (Part 2). *Journal of Research & Method in Education*, 11(1), 56-65.
- Bentzen, N. (2003). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Wonca International Classification Committee.
- Jamouelle, M. (2011). Paradigm shift in Primary Care Working Fields. *11th Congress of SBMFC*. Brazilia.
- Jamouelle, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4, 1-4.
- Porta, M. (Ed.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology* (5th ed.). Oxford University Press.
- Primordial Prevention in Preventive Medicine*. (2025, May 21). Retrieved from Preventive Medicine Daily: <https://www.preventivemedicinedaily.com/general/primordial-prevention-in-preventive-medicine/>
- Riegelman, R., & Kirkwood, B. (2015). *Public Health 101: Healthy People - Healthy Populations* (2nd ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

BAB 13

ISSU TERKINI KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Urhuhe Dena Siburian

13.1 Pendahuluan

Tahun 2024 telah berlalu, dengan segenap masalah, tantangan dan keberhasilan yang telah diraih. Pada sektor kesehatan berbagai problem kesehatan masih belum sepenuhnya tertangani seperti : *stunting* dan gizi buruk, penyakit degeneratif, penyakit menular, seperti TBC, malaria, terutama aspek kesenjangan akses kesehatan di daerah terpencil.

Kini pada tahun 2025 berbagai potensi masalah dan tantangan Kesehatan Masyarakat telah menanti. Berbagai perubahan global sebagai dampak perubahan iklim, perubahan sosial ekonomi hingga kemajuan teknologi dapat mempengaruhi gaya hidup, pola makan, termasuk cara kita mengelola kesehatan. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan. Seiring dengan waktu, isu-isu baru terus bermunculan yang memerlukan perhatian lebih dan kesiapan dari pihak pemerintah, swasta dan masyarakat untuk menghadapi isu-isu tersebut dan mencari solusi pemecahannya.

13.2 Pengertian

Isu berasal dari Bahasa Inggris yaitu “issue” yang berarti persoalan atau kejadian. Isu-isu kesehatan adalah suatu fenomena tentang masalah kesehatan yang diprediksi terjadi pada masa mendatang.

Isu kesehatan mengacu pada masalah kesehatan yang penting atau signifikan yang membutuhkan perhatian dan tindakan, baik di tingkat individu, kelompok maupun masyarakat. Dibutuhkan upaya terpadu dari berbagai pihak termasuk pemerintah, organisasi kesehatan dan masyarakat

untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

13.3 Isu Terkini Kesehatan Masyarakat

Pada tahun 2025, berbagai masalah kesehatan masih menghantui, berbagai jenis penyakit menular, penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif sampai disparitas akses layanan kesehatan. Artikel ini akan membahas isu-isu utama yang dihadapi Indonesia di sektor kesehatan, faktor penyebabnya, dan langkah yang bisa diambil untuk mengatasinya.

Isu-isu kesehatan yang muncul pada tahun 2025 merupakan tantangan di bidang kesehatan yang membutuhkan teknologi, kebijakan pemerintah, kesadaran masyarakat dan kerjasama dengan pihak-pihak terkait. Berikut ini akan diulas isu-isu utama yang kemungkinan muncul di tahun 2025.

1. Meningkatnya Penyakit Tidak Menular (PTM)

PTM atau penyakit degeneratif merupakan ancaman besar bagi dunia kesehatan Indonesia tahun 2025. PTM seperti penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, kanker dan penyakit gangguan pernapasan kronis. Pola hidup modern, seperti konsumsi makanan cepat saji, makanan olahan yang mengandung gula dan lemak yang tinggi, aktivitas fisik yang kurang dan stres, memiliki kontribusi terhadap melonjaknya penderita PTM. Riwayat kejadian penyakit menunjukkan bahwa PTM merupakan penyebab utama kematian. Jika tidak ada intervensi yang segera dan tepat, maka angka ini akan terus meningkat. Tantangan utama menghadapi masalah ini adalah kesadaran masyarakat yang kurang tentang pentingnya pencegahan serta biaya berobat yang mahal.

Faktor yang mengakibatkan meningkatnya PTM meliputi : perubahan gaya hidup meliputi konsumsi nutrisi yang tidak seimbang, merokok, makanan tidak sehat, konsumsi makanan tinggi gula, garam dan lemak disertai dengan kurangnya aktivitas fisik menyumbang peranan besar terhadap meningkatnya PTM. Faktor lain adalah peningkatan

usia di mana risiko semakin tinggi seiring meningkatnya usia, stres, dan adanya polusi.

Upaya mengatasi PTM adalah edukasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat pentingnya pola hidup sehat, bahaya PTM dan cara mencegahnya, perubahan pola makan rendah garam, gula dan lemak jenuh dan melakukan olah raga serta pengendalian lingkungan mencegah polusi. Diperlukan kolaborasi antara pemerintah, pihak swasta dan masyarakat untuk mengatasi PTM.

2. Penyakit menular yang belum tuntas.

Penyakit menular merupakan masalah utama kesehatan masyarakat yang menyumbangkan angka morbiditas, mortalitas dan kecacatan. Untuk mengatasi penyakit ini perlu dilakukan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien., Penyakit menular yang belum tuntas masih menjadi tantangan dalam bidang kesehatan, walaupun upaya pencegahan dan pengendalian telah dilakukan. Contoh penyakit Tuberkulosis (TBC), Demam Berdarah Dengue (DBD) dan malaria, yang sebenarnya termasuk penyakit endemik di Indonesia, namun masih belum bisa tereradikasi dari bumi Indonesia. Penyebab penyakit ini belum tuntas karena :

- a. Sukar dikendalikan, karena penyakit menular mudah berpindah dari orang sakit ke orang sehat. Beberapa penyakit menular memiliki potensi resistensi terhadap obat tertentu sehingga pengobatan lebih sulit.
- b. Faktor lingkungan. Beberapa penyakit dipengaruhi lingkungan dalam proses penyebarannya. Misalnya kebersihan lingkungan, kondisi air, adanya nyamuk, tumpukan sampah dan sebagainya.
- c. Pola hidup
Pola hidup yang kurang baik seperti personal higiene yang buruk, perilaku yang tidak sehat, kebersihan lingkungan dapat meningkatkan resiko penularan penyakit.

d. Keterbatasan akses ke layanan kesehatan

Terutama daerah terpencil yang memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau fasilitas kesehatan dapat menyebabkan penanganan penyakit menular lambat.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit yang belum tuntas adalah : tindakan pencegahan (pemberian vaksin, penyuluhan kesehatan dan pembersihan lingkungan), pengendalian (mencakup penanganan penyakit yang terkonfirmasi, pemantauan kasus penyakit menular dan penemuan obat baru) serta upaya pemberantasan (pembersihan penyakit, pengendalian vektor dan pengembangan vaksin baru).

Perlu tindakan kolaborasi untuk mengatasi masalah penyakit menular ini, mulai dari pemerintah, swasta, lembaga kesehatan dan masyarakat. (PA Tangerang, 2025).

3. Masalah Gizi

Diprediksi pada tahun 2025 akan membawa tantangan baru di bidang gizi. Peran Petugas gizi di puskesmas dan di rumah sakit semakin dibutuhkan agar terbebas dari masalah gizi yang lebih kompleks.

a. Makanan Bergizi Gratis (MBG) untuk Anak Sekolah

Presiden Prabowo menargetkan anak sekolah mendapat akses makan bergizi gratis dengan tujuan utama untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan memastikan pemerataan akses pangan bergizi di seluruh Indonesia. Tujuan lain adalah untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kesejahteraan anak-anak Indonesia. Banyak anak datang ke sekolah belum sarapan, yang tentu saja memengaruhi konsentrasi karena merasa lapar dan prestasi mereka di kelas. Program MBG diadakan untuk memastikan setiap anak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup sehingga mereka dapat belajar dengan optimal, lebih fokus, dan konsentrasi sehingga hasil belajar lebih baik. Manfaat lain yang diharapkan dapat menanamkan disiplin, kebersihan dan kebiasaan makan yang sehat dan jadwal makan teratur

Hambatan utama MBG adalah anggaran yang terbatas, distribusi makanan yang terlambat, kualitas makanan yang kurang memadai, riwayat alergi anak, benturan tradisi dan budaya kuliner, kurangnya koordinasi antar instansi dan adanya potensi korupsi. Pengawasan MBG tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga administrasi, serta pentingnya pengamanan dana agar tidak terjadi penyelewengan.

Penting adanya koordinasi antara pihak sekolah, penyedia makanan dan dinas terkait untuk memastikan kelancaran distribusi makanan. Selain itu perlu pendataan anak yang memiliki riwayat alergi terhadap makanan tertentu agar menu yang disediakan sesuai dengan kondisi kesehatan mereka (RI, 2025), (Nurjolis, 2025), (KPAI, 2025).

- b. Krisis gizi akibat perubahan iklim yang meningkat. Perubahan iklim yang meningkat mengakibatkan penurunan produksi pangan, terutama bahan makanan pokok. Sehingga memicu kenaikan harga yang mengakibatkan masyarakat dengan ekonomi rendah kesulitan memenuhi kebutuhan akan nutrisi yang seimbang. Hal ini dapat mengakibatkan malnutrisi dan ketidakstabilan harga pangan. Strategi penanganan : meningkatkan ketersediaan bahan pangan lokal (diversifikasi pangan), memanfaatkan bahan makanan yang lebih tahan terhadap perubahan iklim, biofortifikasi bahan pangan.
- c. Perubahan trend makanan dan dampaknya pada status gizi
Tren makanan sehat terus berkembang, misalnya diet *keto*, *paleo*, atau *intermittent fasting*, merupakan tantangan dalam hal kecukupan gizi makro dan mikro. Sebagian orang terjebak dalam diet yang mengonsumsi hanya satu atau dua jenis sehingga tidak memenuhi gizi yang beraneka ragam dan seimbang. Tahun 2025 perhatian akan difokuskan pada keseimbangan pola makan berbasis bukti yang mengintegrasikan kebiasaan makan sehat dengan kebutuhan gizi spesifik individu.

Strategi penanganan : edukasi tentang pentingnya konsultasi dengan ahli gizi untuk memulai diet dan penyuluhan gizi tentang pola makan seimbang dengan bahan pangan lokal yang mudah diakses.

- d. Ketidakseimbangan gizi pada anak akibat *stunting* dan obesitas

Program penurunan *stunting* tetap menjadi prioritas nasional pada tahun 2025. Beban ganda terkait masalah pemenuhan nutrisi masih terus berlanjut, di mana masalah *stunting* dan obesitas terjadi secara bersamaan dalam satu populasi. Di satu sisi terjadi peningkatan jumlah anak dengan status gizi kurang dan buruk, akibat pola makan tidak sehat dan terbatasnya akses makanan terutama di wilayah pedesaan dan pinggiran kota. Sedangkan di sisi lain obesitas semakin meningkat apalagi di kota-kota besar. Strategi yang diperlukan : upaya pencegahan *stunting* dengan perbaikan pola nutrisi pada ibu hamil dan ibu menyusui serta pemberian MP-ASI yang tepat dan bergizi. Pengaturan pola diet dan aktivitas untuk menangani dan mencegah obesitas. Untuk itu petugas gizi harus dapat mengidentifikasi masalah gizi pada anak-anak dan memberikan intervensi yang tepat. Petugas gizi perlu mengintegrasikan layanan promotif, preventif dan kuratif untuk menangani kasus ini, termasuk melalui edukasi kelompok dan konseling gizi individu.

- e. Teknologi gizi yang semakin terintegrasikan dalam pelayanan kesehatan.

Pada tahun 2025 teknologi semakin berkembang yang memungkinkan pemantauan status gizi individu secara lebih tepat dan efisien. Penanganan yang telah dilakukan memanfaatkan teknologi bagi petugas gizi dalam meningkatkan layanan. Aplikasi berbasis *mobile* untuk *monitoring* asupan gizi pasien, sistem manajemen dapur rumah sakit berbasis teknologi dan penggunaan alat analisis komposisi tubuh (seperti BIA) kini lebih terjangkau. Aplikasi digital yang dapat menganalisis asupan gizi, mengingatkan waktu makan, bahkan

menyarankan menu berdasarkan kebutuhan gizi pribadi semakin populer. Alat pengukur komposisi tubuh seperti *bioimpedance*, dapat diakses dengan harga terjangkau, akan lebih banyak digunakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kemudian mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan berbasis teknologi seperti e-PPGBM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) untuk mendata dan mencatat masyarakat yang menderita masalah gizi. Strategi untuk memanfaatkan teknologi secara maksimal di antaranya perlu pelatihan intensif untuk meningkatkan kemampuan petugas gizi dalam memanfaatkan teknologi dan tetap memperbaharui pengetahuan dan keterampilan mereka. (AIPVOGI, 2025), (Manjilala, 2024).

4. Imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang paling hemat dalam mencegah penyakit yang dikenal sebagai penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Imunisasi dapat mencegah penyakit infeksi dan komplikasinya yang biayanya lebih rendah dibanding biaya pengobatan dan perawatan penyakit yang disebabkan oleh infeksi tersebut. Selain itu imunisasi juga membantu mencegah disabilitas dan kematian akibat penyakit infeksi. Sebagai upaya preventif yang efisien, imunisasi menjadi kunci dalam penguatan layanan kesehatan primer dan pengendalian kejadian luar biasa PD3I. Pekan Imunisasi Dunia (PID) yang diprakarsai oleh *World Health Assembly* (WHA) merupakan momen yang penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya imunisasi di setiap siklus kehidupan. PID tahun 2025 dengan tema global "*Immunization for All is Humanly Possible*" dalam rangka memperingati 50 tahun program *Expanded Program Immunization* (EPI). Tema nasional yang diangkat adalah : Ayo Lengkapi Imunisasi, Generasi Sehat Menuju Indonesia Emas", sebagai komitmen untuk mencapai cakupan imunisasi yang tinggi dan merata.

Tantangan program imunisasi : Data WHO tahun 2023, Indonesia berada pada posisi keenam tertinggi di dunia anak tidak menerima imunisasi dasar. Beberapa faktor penyebab antara 38% lain orang tua menolak karena jadwal tidak sesuai, khawatir terhadap efek samping, 47% anak tidak diijinkan keluarga, yang berpendapat imunisasi tidak penting ada 22% (Survei Kesehatan Indonesia, 2023). Faktor lain karena kurangnya pemahaman masyarakat belum paham tentang manfaat imunisasi, adanya penyebaran hoaks dan informasi yang tidak benar tentang imunisasi.

Solusi yang diambil pemerintah adalah dengan meluncurkan inovasi Sepekan Mengejar Imunisasi (PENARI) untuk meningkatkan cakupan imunisasi secara serentak di seluruh pos layanan imunisasi.

Imunisasi merupakan investasi jangka panjang. Walaupun lingkungan bersih dan bayi tampak sehat, imunisasi tetap diperlukan untuk perlindungan jangka panjang. Imunisasi termasuk 4 pilar utama perkembangan optimal anak yaitu asuh (nutrisi dan perawatan kesehatan), asih (kasih sayang) asah (stimulasi otak) dan imunisasi bagi generasi masa depan.

Diperlukan dukungan berbagi pihak untuk keberhasilan program imunisasi. Media juga memegang peranan penting untuk meluruskan persepsi masyarakat dan menangkal hoaks tentang imunisasi. Dengan kerjasama yang saling bersinergi antara pemerintah, masyarakat dan media, imunisasi merupakan bagian penting dalam perjalanan menuju Indonesia Emas tahun 2045 untuk mewujudkan generasi yang lebih sehat, kuat dan terlindungi dari penyakit yang dapat dicegah (Muhawarman, 2025).

5. Isu kesehatan lain yang diprediksi semakin populer menggabungkan teknologi, pola hidup sehat dan pendekatan holistik di antaranya adalah :

a. Penggunaan *wearable* yang lebih canggih

Wearable devices bukan hanya sekedar memantau langkah atau detak jantung saja, namun juga dilengkapi

fitur untuk mengukur kadar gula darah, tekanan darah, hingga kualitas tidur. Alat ini telah membantu pengguna mengenali pola tubuh dengan baik, memungkinkan tindakan preventif misalnya diet atau olahraga teratur sebelum berkembangnya penyakit. Teknologi ini dapat membantu masyarakat memantau kesehatan sehari-hari secara personal.

b. Makanan berbasis nabati semakin populer

Pilihan makanan seperti daging dan susu berbasis tanaman dengan rasa yang lebih baik dan kandungan nutrisi yang mendukung pola hidup sehat. Pola makanan ini juga menurunkan risiko penyakit jantung dan mengurangi emisi karbon di lingkungan. Inovasi baru tentang produk nabati diprediksi akan terus berkembang.

c. Terapi Kesehatan mental semakin berkembang

Platform terapi digital seperti aplikasi konseling *online* semakin menumbuhkan minat masyarakat. Terapi *online* memudahkan masyarakat untuk meminta bantuan kesehatan tanpa harus keluar rumah dan harus berjumpa dengan orang lain sehingga privasi terjaga.

d. Keseimbangan hormon dan terapi tidur lebih terstruktur

Keseimbangan hormon perlu dijaga agar tubuh tetap sehat secara menyeluruh dan mencegah masalah Kesehatan yang lebih serius. Masalah insomnia menjadi perhatian utama pada tahun 2015. Terapi Cahaya terkontrol atau aplikasi pengatur pola tidur terbukti efektif meningkatkan kualitas tidur sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kesehatan secara keseluruhan.

e. Peningkatan aktivitas di luar ruangan

Melakukan kegiatan di luar ruangan seperti *hiking*, berkebun dan piknik serta olahraga dapat bermanfaat bagi kesehatan fisik dan mental. Aktivitas di luar ruangan membantu mengurangi *stress*, meningkatkan fungsi jantung, memberikan kesempatan untuk

berinteraksi dengan alam. Kegiatan ini akan semakin populer di masa mendatang (Wellness, 2025).

Demikian isu-isu utama yang dapat penulis jelaskan pada bab ini. Masih banyak isu-isu kesehatan yang belum penulis jabarkan. Jika ada kesempatan, penulis akan uraikan isu-isu lain yang timbul pada ruang dan waktu ke depan.

13.4 Kerjasama Indonesia dengan WHO

Indonesia menjadi anggota WHO sejak tahun 1950, dan tetap aktif menjalin kerja sama dengan WHO. Kerjasama ini bertujuan membangun sistem kesehatan yang lebih baik di Indonesia dan ikut serta dalam berbagai program kesehatan global. Berdasarkan inisiatif bersama, kerjasama tersebut telah berhasil menyelenggarakan berbagai program penting serta telah diterapkan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia.

Program terbaru kerja sama Indonesia dan WHO adalah penerapan *General Programme of Work (GPW)* ke-14. Visi GPW adalah mempromosikan, menyediakan, dan melindungi kesehatan serta kesejahteraan semua orang, di mana pun tempatnya berada. Pada periode 2025-2028 WHO memproyeksikan kebutuhan dana sebesar 11,1 milyar dolar AS yang dialokasikan untuk mendukung program prioritas kesehatan, di antaranya peningkatan akses layanan kesehatan primer, pengendalian penyakit menular dan promosi kesehatan.

Kerjasama ini berhasil menghasilkan beberapa capaian dalam meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia, yaitu :

1. Capaian imunisasi rutin, di mana WHO memberikan dukungan teknis dan vaksin. Hal ini berhasil menurunkan angka kematian bayi dan anak akibat penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi, seperti difteri, polio dan difteri.
2. Upaya pengendalian penyakit menular, mampu meningkatkan deteksi dini, pengobatan dan pencegahan penyakit TBC, mengendalikan penyebaran penyakit malaria dan perawatan HIV/AIDS.

3. Peningkatan kesehatan ibu dan anak, WHO memberikan dukungan dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil, neonatus, anak serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan upaya pelayanan antenatal, persalinan yang aman, pelayanan kesehatan ibu nifas.
4. Pada kesehatan anak, WHO membantu meningkatkan gizi anak, imunisasi dan deteksi dini gangguan tumbuh kembang anak.

Kerja sama Indonesia dan WHO ini merupakan hal yang baik untuk kerjasama internasional yang saling menguntungkan kedua belah pihak mencapai kemajuan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Harapan ke depannya agar kerjasama seperti ini terus ditingkatkan menghadapi tantangan kesehatan global dan isu-isu kesehatan yang semakin kompleks (Negeriku, 2025).

DAFTAR PUSTAKA

- AIPVOGI. (2025). *Isu-isu Gizi yang Kemungkinan Muncul di Tahun 2025 : Tantangan dan Peluang ke Depan*.
<https://aipvogi.org/isu-isu-gizi-yang-kemungkinan-muncul-di-tahun-2025-tantangan-dan-peluang-ke-depan/>
- KPAI. (2025). *Bergizi Gratis, Tegaskan Pentingnya Pengawasan dan Koordinasi*. Humas Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPIA).
<https://www.kpai.go.id/publikasi/program-makan-bergizi-gratis-kpai-temukan-kendala-dan-soroti-pengawasan-untuk-ciptakan-generasi-emas-indonesia>
- Manjilala. (2024). *Isu-isu Gizi Terkini Sepanjang Tahun 2024: Tantangan dan Strategi bagi Petugas Gizi di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Kemenkes Poltekkes Makassar.
<https://gizi.poltekkes-mks.ac.id/isu-isu-gizi-terkini-sepanjang-tahun-2024-tantangan-dan-strategi-bagi-petugas-gizi-di-puskesmas-dan-rumah-sakit/>
- Muhawarman Aji. (2025). *Pekan Imunisasi Dunia 2025 : Ayo Lengkapi Imunisasi untuk Generasi Sehat Menuju Indonesia Emas*. Kemenkes RI.
<https://kemkes.go.id/id/pekan-imunisasi-dunia-2025-ayo-lengkapi-imunisasi-untuk-generasi-sehat-menuju-indonesia-emas>
- Negeriku, S. (2025). *Indonesia dan WHO Bangun Kesehatan yang Lebih Baik*.
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20250115/5047260/indonesia-dan-who-bangun-kesehatan-yang-lebih-baik/>
- Nurjolis. (2025). *Program Makan Bergizi Gratis: Komitmen Pemerintah dalam Meningkatkan Kesehatan dan Prestasi Siswa*. Sekretariat Jenderal Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah.
<http://setjen.kemdikbud.go.id/app/program-makan-bergizi-gratis-komitmen-pemerintah-dalam-meningkatkan-kesehatan-dan-prestasi-siswa>

- PA Tangerang. (2025). *Informasi tentang Penyakit Menular*.
[https://pa-tangerangkota.go.id/statistik-kunjungan-website/#:~:text=Beberapa
langsung%2C antara; Pes; Toxoplasma;
dll.&text=Penanggulangan Penyakit Menular adalah
upaya,pemberantasan dilakukan melalui beberapa
kegiatan :](https://pa-tangerangkota.go.id/statistik-kunjungan-website/#:~:text=Beberapa%2C%20antara%2C%20Pes%2C%20Toxoplasma%2C%20dll.&text=Penanggulangan%20Penyakit%20Menular%20adalah%20upaya%2C%20pemberantasan%20dilakukan%20melalui%20beberapa%20kegiatan%3A)
- RI, P. (2025). *Presiden Prabowo Targetkan Seluruh Anak Dapat Akses Makan Bergizi Gratis pada Akhir 2025*. BPMI Setpres. <https://www.presidentri.go.id/siaran-pers/presiden-prabowo-targetkan-seluruh-anak-dapat-akses-makan-bergizi-gratis-pada-akhir-2025/>
- Wellness, M. (2025). *9 Tren Kesehatan 2025, Dari Teknologi hingga Mental Wellness*. Medical Wellness Indonesia. <https://medicalwellness-indonesia.net/2025/01/06/9-tren-kesehatan-2025-dari-teknologi-hingga-mental-wellness/>

BIODATA PENULIS



Siti Handam Dewi, SKM, M.KM.

Dosen Program Studi Sarjana Kesehatan Lingkungan

Penulis lahir di Padang Panjang tanggal 20 Desember 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kesehatan Lingkungan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan kesehatan dan keselamatan kerja dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan promosi kesehatan. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Nuruniyah, SKM, M. Kes

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan
Barat

Penulis lahir di Pontianak tanggal 11 November 2023. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan dilanjutkan dengan S2 kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Menulis.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk kuliah di S1 Kesehatan Masyarakat, lulus ditahun 2008 di Universitas Muhammadiyah Pontianak dan melanjutkan ke studi S2 prodi Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia Jakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen, penulis pun aktif sebagai penulis buku dan peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan hibah eksternal.

Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman dan berilmu di antaramu beberapa derajat. Dan Allah Maha Teliti terhadap apa yang kamu kerjakan. (Q.S Al-Mujadilah: 11). Email Penulis: nurul.nia50@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nita Putristi Mayarestya, Amd.Keb, S.K.M., M.K.M.

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan
Barat

Penulis lahir di Yogyakarta tanggal 23 Januari 1993.
Penulis adalah dosen Program Studi Dosen Program Studi
Administrasi Kesehatan

Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah
Kalimantan Barat. Menyelesaikan pendidikan D3 pada Jurusan
Kebidanan, melanjutkan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan
Kesehatan Masyarakat dengan peminatan utama Promosi
Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

BIODATA PENULIS



Sri Maywati, S.KM., M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi

Penulis lahir di Bogor tahun 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi. Penulis menyelesaikan studi Sarjana pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 2000 dan program Magister pada S2 Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro tahun 2011. Pengalaman manajemen sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Siliwangi (2016-2018), Kepala Pusat Pelayanan Kesehatan Universitas Siliwangi (2018-2022), Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi (2022-2026). Penulis aktif dalam beberapa kegiatan yang mendukung program kesehatan antara lain Forum Kota Sehat Tasikmalaya, pendamping masyarakat pada program percepatan capaian ODF kota Tasikmalaya, pendamping puskesmas program Puspa (Puskesmas Terpadu dan Juara) di Kabupaten Garut. Penelitian dalam 3 tahun terakhir diantaranya: Sanitasi Lingkungan Sebagai Determinan Kejadian Penyakit Diare Pada Balita (2022), Pengaruh Intervensi PMT Pemulihan Terhadap Peningkatan Berat Badan Balita Stunting (2023). Analisis Penerapan Perilaku Sehat Dan Sanitasi Lingkungan Di Tatanan Rumah Tangga Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Kota Tasikmalaya (2024). Korespondensi srimaywati@unsil.ac.id

BIODATA PENULIS



Nourma Nurjanah, S.KM., M.Kes

Dosen Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Fakultas Farmasi Kesehatan dan Sains
Universitas Muhammadiyah Kuningan

Penulis lahir di Kuningan tanggal 07 Juni 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma 3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Farmasi Kesehatan dan Sains Universitas Muhammadiyah Kuningan. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat konsentrasi Manajemen Rumah Sakit dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang menulis melalui Buku Kolaborasi GetPress. Judul ini merupakan judul ketiga, sebelumnya penulis menjadi bagian dari kolaborasi untuk buku yang berjudul “Pengolahan Pangan” dan “Stunting”.

Semoga dengan terbitnya karya lewat buku kolaborasi ini dapat memberikan tambahan wawasan dan ilmu yang bermanfaat untuk masyarakat pada umumnya dan penulis pada khususnya.

BIODATA PENULIS



Dr. Grhasta Dian Perestroika, S.ST., M.Kes

Dosen Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan
Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada

Penulis lahir di Kabupaten Banjarnegara, Jawa Tengah, pada tahun 1989. Beliau menyelesaikan pendidikan Diploma empat Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (FK UNS) pada tahun 2011. Melanjutkan studi di bidang kesehatan, penulis meraih gelar Magister Kesehatan dari Sekolah Pascasarjana Universitas Diponegoro (UNDIP) pada tahun 2014, dan kemudian memperoleh gelar Doktor dari Program Studi Ilmu Kedokteran dan Kesehatan di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (FKKMK UGM) pada tahun 2022, dengan fokus penelitian pada kesehatan remaja. Penulis kini mengajar sebagai dosen di Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi UGM sejak 2024, setelah sebelumnya menjadi dosen di FK UNS pada 2022-2024. Penulis aktif dalam penelitian dan publikasi di bidang kesehatan, serta telah menerbitkan artikel jurnal, karya pengabdian masyarakat, dan berbagai buku akademik. Kontribusi penulis dalam pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat memberikan dampak positif bagi perkembangan ilmu kesehatan di Indonesia. Untuk informasi lebih lanjut, hubungi grhastadian@mail.ugm.ac.id.

BIODATA PENULIS



Restu Prihandini Widiar, S.Si.T., M.Kes.

**Dosen Program Studi DIII Administrasi Rumah Sakit
Institut Kesehatan Dan Teknologi Kartini Batam**

Penulis lahir di Kendal tanggal 3 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Administrasi Rumah Sakit, Institut Kesehatan Dan Teknologi Kartini Batam. Penulis merupakan lulusan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang pada tahun 2018. Keilmuan yang digeluti penulis dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi salah satunya yaitu bidang promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Komunikasi Efektif, Psikologi Kesehatan, Komunikasi dan Promosi Kesehatan, Manajemen Pemasaran, Manajemen Hubungan Pelanggan, Manajemen Teknologi Pelayanan Kesehatan, Riset Pemasaran serta Ekonomi Kreatif & dan Kewirausahaan.

BIODATA PENULIS



Rezyana Budi Syahputri, SKM., MKM

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Fakultas Kesehatan dan Teknologi Universitas Muhammadiyah
Klaten

Penulis lahir di Madiun tanggal 14 Juli 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Fakultas Kesehatan dan Teknologi, Universitas Muhammadiyah Klaten. Penulis menyelesaikan pendidikan sarjana (S1) di Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) dan melanjutkan pendidikan magister (S2) di Universitas Sebelas Maret Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

Sebagai akademisi, penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, khususnya di bidang promosi kesehatan. Kecintaannya terhadap literasi kesehatan diwujudkan melalui berbagai karya tulis yang berfokus pada topik promosi kesehatan dan administrasi kesehatan.

BIODATA PENULIS



Paruhum Tiruon Ritonga

Paruhum Tiruon Ritonga, Lahir di Sirihit-rihit. Menjalani pendidikan SD dan SMP di Parapat dan SMAN 1 Tarutung. Kuliah di Akademi Perawat Depkes Medan dari tahun 1991-1994 Melanjut ke Fakultas Keperawatan USU Medan sejak tahun 2000-2002 kemudian mengambil profesi Ners tahun 2002-2003. Melanjut S2 jurusan Epidemiologi di Fakultas Kesehatan Masyarakat USU Medan dari tahun 2009-2013. Saat ini aktif mengajar di Prodi D III Kebidanan Tapanuli Utara Poltekkes Kemenkes Medan.

Penulis mengampu mata kuliah Kewirausahaan dalam Praktek Kebidanan, KDPK, KKPK, Anatomi Fisiologi, Farmakologi, Komunikasi dalam Praktek Kebidanan dan Praktek Kebidanan Publik. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, publikasi dalam jurnal ilmiah terakreditasi dan mendapatkan hak cipta atas karya yang dihasilkan.

BIODATA PENULIS



Ns. Sri Aisyah Hidayati, S.Kep, M.Kes

Staf pengajar di STIKes AL-Suaibah Palembang

Lahir di Palembang pada tanggal 07 Desember 1992. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan S1 Keperawatan kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 dibidang kesehatan reproduksi dan menyelesaikannya pada tahun 2016 dan pada tahun 2018 penulis melanjutkan studi Profesi Ners. Penulis pernah bekerja di Puskesmas Plaju Palembang pada tahun 2014 dan melanjutkan karir di Apotek K24 dan klinik kecantikan ZA Clinic pada tahun 2015, penulis merupakan staf pengajar Akademi Kebidanan Rizki Patya Palembang dan SMK Kesehatan Rizki Patya Palembang Pada tahun 2015-2021, penulis sekarang merupakan staf pengajar di STIKes AL-Suaibah Palembang dari tahun 2021- sekarang.

BIODATA PENULIS



Dr. Agus Kharmayana Rubaya, S.K.M., M.P.H

Dosen Program Studi Diploma Tiga Sanitasi
Jurusan Kesehatan Lingkungan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Jakarta pada 12 Agustus 1966. Selain sebagai dosen, saat *book chapter* ini ditulis penulis mendapat tugas tambahan sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta sejak September 2020. Jenjang pendidikan yang sudah ditempuh penulis adalah: Diploma Tiga Kesehatan Lingkungan dari Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi Depkes Jakarta (1988); Sarjana Kesehatan Masyarakat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (1999); Master of Public Health dari School of Population Health, the University of Melbourne, Australia (2007); dan Doktor dari Prodi S3 Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (2018). Mata kuliah yang diampu oleh peneliti adalah: Statistik, Metode Riset, Epidemiologi dan Pengendalian Vektor Penyakit. Selain mengajar, saat ini penulis juga aktif sebagai editor dan *reviewer* di beberapa jurnal ilmiah, yang dikelola oleh Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atau poltekkes lain.

BIODATA PENULIS



Urhuhe Dena Siburian

Urhuhe Dena Siburian., menyelesaikan pendidikan SD sampai SMA di Kisaran Kabupaten Asahan, Sumatera Utara. Melanjutkan kuliah S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat USU Medan dan melanjutkan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat USU Medan jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Saat ini aktif sebagai dosen di Prodi D III Kebidanan Tapanuli Utara Kemenkes Poltekkes Medan. Penulis mengampu mata kuliah Kewirausahaan dalam Praktek Kebidanan, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Sosial Budaya, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Kebidanan Komunitas, Kebidanan Publik dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat. Publikasi dalam jurnal ilmiah terakreditasi nasional dan internasional serta mendapatkan hak cipta atas karya yang dihasilkan.